



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

---

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»  
ΕΠΙΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

**Ο φόβος του πόνου: διερεύνηση της σχέσης του συναισθήματος  
του φόβου του σωματικού πόνου σε σχέση με τραυματικές εμπειρίες  
της παιδικής ηλικίας**

**Σπουδάστρια:**

Δραγκιώτη Έλενα, Ψυχολόγος (Α.Μ. 63)

**Επιβλέπουσα καθηγήτρια:**

Γκούβα Μαίρη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια ΤΕΙ Αθήνας

**Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης:**

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο  
Ιωαννίνων

Ευαγγέλου Άγγελος, Ομότιμος Καθηγητής Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων  
Καλφακάκου Βασιλική, Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

**Ιωάννινα, 2008**



## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

---

Ιωάννινα, Σεπτέμβριος 2006... Σαν βγεις στον πηγαϊό για την Ιθάκη, να εύχεται να είναι μακρύς ο δρόμος....

Σεπτέμβριος 2008... «Γιάνουμε» τη δική μας Ιθάκη... τη λήνη Παμβώτιδα....

Γιατί, με τι άλλο μοιάζει, παρά με ένα ταξίδι, η διαδικασία εκπόνησης μιας διπλωματικής; Χιλιάδες... «σειρήνες» και μάγισσες εμφανίζονται στο διάβα σου με σκοπό να σε αποπροσανατολίσουν, να σε μαγέψουν, να σε πλανέψουν. Γι' αυτό χρειάζεται να είναι κανείς καλά εξοπλισμένος με δύναμη, κουράγιο και όραμα. Επίσης, απαιτείται να είναι οργανωμένος με κατάλληλο σχεδιασμό πορείας και κατάλληλα όργανα πλοήγησης. Χρειάζεται φωτεινούς σηματοδότες και πυξίδες για καλύτερο προσανατολισμό και ικανότητα να βλέπει μακριά, για να μην χάσει το στόχο και περιπλανιέται στα κύματα...

Στο δικό μου αυτό μακρύ ταξίδι, υπήρχαν πολλοί φωτεινοί σηματοδότες, που με βοήθησαν να μείνω πιστή στην πορεία μου, και δεν ήταν άλλοι από τους δικούς μου ανθρώπους (ας μου επιτραπεί, να τους θεωρώ πια δικούς μου ανθρώπους). Ωστόσο, ανέκαθεν η δυσκολία μου ήταν να περιγράψω με ακρίβεια, αλλά και με λεπτομέρειες αυτό που αισθάνομαι και σκέφτομαι. Πέρα και πάνω, λοιπόν, αυτής της δυσκολίας και στα πλαίσια της παρούσας διπλωματικής :

Ας μου επιτραπεί, σε μια πρώτη αναφορά να ευχαριστήσω εκ βαθέων τον επιστημονικά υπεύθυνο και θεμελιακό ιδρυτή του μεταπτυχιακού προγράμματος, «Αντιμετώπισης του πόνου», καθώς και μέλος της επιτροπής επίβλεψης της διπλωματικής μου, τον κ. Δημήτρη Δαμίγο, Επίκουρο Καθηγητή Ιατρικής Ψυχολογίας, του Πανεπιστήμιου Ιωαννίνων, που μου έδωσε την ευκαιρία, κρίνοντάς με άξια, να παρακολουθήσω αυτό το μεταπτυχιακό πρόγραμμα, για την πολύτιμη γνώση και για την εκπαίδευση που μου παρείχε αυτά τα δύο χρόνια της φοίτησής μου. Με τις πλούσιες, σε εύρος και βάθος, βιβλιογραφικές και κλινικές του γνώσεις μου έδωσε διέξοδο και κατεύθυνση στην ανάπτυξη της γνώσης για τη διασύνδεση του ψυχικού και του σωματικού πόνου, για τη διεύρυνση τη σκέψης πέρα και πάνω από τα στεγανά της όρια. Τον ευχαριστώ επίσης, από ψυχής, για το οπλοστάσιο που μου πρόσφερε, καταθέτοντας από έδρας, σκέψεις και προβληματισμούς για την σχέση θεραπευτή και θεραπευόμενου, για την υγεία και την ασθένεια και για την έννοια της διεπιστημονικότητας στο θεραπευτικό πλαίσιο. Επειδή, εν τέλει, δεν υπάρχουν λόγια να τον ευχαριστήσω, μπορώ απλά να τον διαβεβαιώσω ότι στους μελλοντικούς χωροχρόνους ποτέ δεν θα ξεχάσω ούτε την ευκαιρία που μου έδωσε ούτε όλα όσα έμαθα διδασκόμενη από τον ίδιο.

Ένα μεγάλο και θερμό ευχαριστώ, οφείλω στην επιβλέπουσα της διπλωματικής, κα Μαίρη Γκούβα, Επίκουρο Καθηγήτρια του Τ.Ε.Ι Ηπείρου. Την ευχαριστώ από καρδιάς, για την εμπιστοσύνη με την οποία με περιέβαλε από την πρώτη στιγμή, για την έμπνευση που μου προσέφερε και τη μύηση στις ιδέες και στα οράματά της για την υγεία και την αρρώστια, για το φόβο και τον πόνο και την ψυχική και σωματική

ισοροπία. Την ευχαριστώ, επίσης, για την υποστήριξη, τη συμπαράσταση και την ενθάρρυνση που μου παρείχε, τη συνεργασία, την αισιοδοξία και την τόλμη –χαρακτηριστικό που την διακρίνει ακόμα και στις πιο δύσκολες στιγμές-, την φαντασία και τη δύναμη, που μου προσέφερε απλόχερα. Ειδικότερα την ευχαριστώ για την ανοχή της προς τις ανασφάλειες και τις αγωνίες μου σε όλες τις φάσεις της ερευνητικής μας δουλειάς και ιδιαίτερα στο στάδιο της στατιστικής επεξεργασίας των ερευνητικών δεδομένων.

Θα ήταν παράβλεψη να μην απευθύνω ευχαριστίες και στον κ. Βενετσάνο Μαυρέα, Καθηγητή Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και μέλος της επιτροπής επίβλεψης της διπλωματικής μου. Θα θυμάμαι πάντα με ευγνωμοσύνη την φιλοξενία στο χώρο του, που μου προσέφερε αυτά δυο σημαντικά και πολύτιμα χρόνια της ζωής μου.

Ευχαριστίες, θα ήθελα να εκφράσω προς, όλα τα μέλη ΔΕΠ του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, και ιδιαίτερος τον κ. Ιωάννη Δημιολιάτη για τη θερμή και την καλοσύνη του, για το μοναδικό και τρόπο σκέψης του, αλλά και όλους τους διδάσκοντες του ΤΕΙ Αθήνας, καθώς επίσης και όλους τους εξωτερικούς συνεργάτες του μεταπτυχιακού προγράμματος, που υπήρξαν καθηγητές μου κατά τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών. Οι γνώσεις που μου προσέφεραν και τα όσα με δίδαξαν με το ήθος και τη συμπεριφορά τους αποδείχθηκαν πολύτιμα στην μέχρι τώρα πορεία μου.

Θα ήταν βέβαια σημαντική παράλειψη να μην εκφράσω τις ευχαριστίες μου προς όλους τους συμμετέχοντες στην ερευνητική μας, αυτή, προσπάθεια, οι οποίοι αφιέρωσαν αρκετό από το χρόνο τους –σε ιδιαίτερα δύσκολες στιγμές της ζωής τους-, για την συμπλήρωση των αρκετά μεγάλων, θα έλεγα, ερευνητικών εργαλείων. Τους ευχαριστώ για την κατάθεση των προσωπικών τους ιστοριών γύρω από τους φόβους και τις αγωνίες τους. Μου έδωσαν την ευκαιρία να διδαχθώ πολλά από αυτή την εμπειρία, πολύ περισσότερα –και πολύ σπουδαιότερα ίσως- από όσα αποτυπώνονται στα κεφάλαια της διπλωματικής. Ίσως αυτό να είναι ένα ακόμη από τα σημαντικά πράγματα που κέρδισα αυτά τα χρόνια.

Επίσης, ευχαριστώ όλους τους συναδέλφους μου, τους μεταπτυχιακούς φοιτητές του μεταπτυχιακού προγράμματος «Αντιμετώπιση του πόνου» για την προσωπική επαφή που αναπτύξαμε, για τις ανθρώπινες στιγμές που μοιραστήκαμε μαζί και για τις απόψεις που ανταλλάξαμε. Ιδιαίτερος, ας μου επιτραπεί να ευχαριστήσω το Γιώργο το Ανδράκο και τη Δώρα τη Μαντέλη για τη φιλία τους, την ενίσχυση, την κριτική, αλλά και την πολύτιμη βοήθεια που μου προσέφεραν σε αυτό μου το εγχείρημα και ιδιαίτερα στο στάδιο της συλλογής των δεδομένων. Πέρα από τη βοήθεια τους όμως, αυτό που περισσότερο από όλα τα άλλα μένει χαραγμένο στη μνήμη μου είναι οι έντονες στιγμές –ευχάριστες και δυσάρεστες- που περάσαμε χέρι - χέρι, και η φιλική σχέση που αναπτύχθηκε ανάμεσά μας. Επίσης, ευχαριστώ όλους τους αφανείς ήρωες και επιστήθιους φίλους, τον Μιχάλη Γαλιάτσο, την Βιβή Κοντοβάιου, την Βαρλετζάκη Χριστιάννα, και την Έφη Πολίτη, που με το δικό τους τρόπο και με τις παρατηρήσεις τους, με βοήθησαν στην ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας.

*Για το τέλος κράτησα τις ευχαριστίες μου για τους γονείς μου, Χρήστο και Περτούλα Δραγκιώτη, που σε αυτούς χρωστώ την ύπαρξή μου και το είναι μου, για τα αδέρφια μου Θανάση και Βασίλη Δραγκιώτη, καθώς επίσης και για τον σύζυγό μου Δημήτρη Τσαρτσάλη για την πολύπλευρη υποστήριξη και αμέριστη συμπαράσταση, που όλα αυτά τα χρόνια, μου παρέχουν αγόγγυστα. Για να μην πω για την αποχή ... αλλά και για την ανοχή που έδειξαν στις δύσκολες στιγμές αυτού του ταξιδιού. Στην ουσία ήταν σαν να το κάναμε μαζί...*

*Έλενα Χ. Δραγκιώτη  
Ιωάννινα, Σεπτέμβριος 2008*

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b>	<b>3</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	<b>9</b>
<b>ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ</b>	<b>11</b>
<b>Α. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ</b>	
<b>ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ</b>	<b>17</b>
Ο ΦΟΒΟΣ ΩΣ ΒΑΣΙΚΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ	17
Ο ΦΟΒΟΣ ΚΑΙ ΤΟ ΑΓΧΟΣ : Η ΔΙΑΜΑΧΗ ΣΥΝΕΧΙΖΕΤΑΙ	20
ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ	23
Η ΟΝΤΟΓΕΝΕΣΗ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ	24
<b>Ο ΦΟΒΟΣ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΒΙΟ-ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΗΣΕΙΣ</b>	<b>29</b>
Η ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΒΑΣΗ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ	30
Ο ΦΟΒΟΣ ΩΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΜΑΘΗΣΗΣ	33
ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ	36
Ο ΦΟΒΟΣ ΚΑΙ Η ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΟΠΤΙΚΗ	39
<b>ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΦΟΒΟ</b>	<b>43</b>
ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΚΑΙ ΟΙ ΜΟΡΦΕΣ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ	43
ΣΥΛΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ	45
Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ	48

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ	51
<b>ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΙΣΤΑΜΕΝΕΣ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ</b>	<b>54</b>
Ο ΦΟΒΟΣ ΣΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΟΠΟΛΙΤΙΚΟ ΓΙΓΝΕΣΘΑΙ	54
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΚΑΙ Ο ΦΟΒΟΣ	57
ΤΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΣΤΗ ΘΡΗΣΚΕΙΑ	60
Ο ΦΟΒΟΣ ΣΤΗΝ ΤΕΧΝΗ	63
<b>Η ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ</b>	<b>67</b>
ΑΠΟ ΤΟΝ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΣΤΟΝ ΠΑΡΑΛΟΓΟ ΦΟΒΟ	67
ΟΙ ΜΟΡΦΕΣ ΤΟΥ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΦΟΒΟΥ	69
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΩΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΦΟΒΩΝ	72
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	73
<b>ΤΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ</b>	<b>77</b>
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ	77
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	79
<b>Ο ΦΟΒΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ</b>	<b>83</b>
Ο ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	84
Ο ΦΟΒΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ ΣΤΕΝΩΝ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ	89
<b>ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΟ ΦΟΒΟ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ</b>	<b>91</b>
<b>Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΠΡΩΙΜΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΩΝ ΕΜΠΕΙΡΙΩΝ ΣΤΗ ΓΕΝΕΣΗ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ</b>	<b>99</b>

## **B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

<b>ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ</b>	<b>104</b>
<b>ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ</b>	<b>105</b>
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	106
ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΟΡΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	110
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	114
ΔΕΙΓΜΑ	115
ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	116
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ	116
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ	123
<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ</b>	<b>125</b>
<b>ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b>	<b>187</b>
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b>	<b>212</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>213</b>



Εν αρχή ήν ο λόγος, ή μήπως καλύτερα θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι εν αρχή ήν ο φόβος; Σίγουρα πάντως, ο φόβος ανήκει στα αναπόφευκτα της ζωής μας. Αρκεί ένα νεύμα του για να καταργηθεί η περίφημη λογική μας. Το συναίσθημα του φόβου μας συντροφεύει από τη γέννηση ως το θάνατο, αλλάζοντας συνεχώς μορφές. Η ιστορία καταγράφει τις συνεχείς προσπάθειες του ανθρώπου να ελέγξει, να μειώσει ή ακόμα και να ξεπεράσει το φόβο. Τέτοιες προσπάθειες έχουν γίνει μέσω της μαγείας, της θρησκείας και της επιστήμης. Ο φόβος, ωστόσο, είναι συνυφασμένος με την ύπαρξή μας, είναι ο καθρέπτης των εξαρτήσεων μας και της επίγνωσης ότι είμαστε θνητοί. Μπορούμε μόνο να προσπαθούμε να του αντιστεκόμαστε (Riemann, 1994).

Ο φόβος αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά συναισθήματα<sup>1</sup> στην ιστορία της ανθρωπότητας. Βιώνουμε το φόβο σε μυριάδες καταστάσεις στη ζωή μας, στις οποίες αισθανόμαστε κίνδυνο, απειλή ή και δυσκολία. Ο φόβος ορίζεται ως "μία δυσάρεστη, και συχνά, ισχυρή συγκίνηση, που προκαλείται από την αναμονή ή τη συνειδητοποίηση του κινδύνου"(Miller et all., 2005). Μπορεί να θεωρηθεί εύλογο, ότι εάν μία από τις πρώτες αισθήσεις ήταν πόνος, η πρώτη συναισθηματική αντίδραση παίρνει επίσης χαρακτηριστικά μορφής πόνου. Η πρώτη αναπαράσταση ενός επώδυνου αντικείμενου, περιλαμβάνει εκείνη την αντίδραση του μυαλού που την ονομάζουμε συναίσθημα, και το επώδυνο συναίσθημα, το ορίζουμε ως φόβο (Hiram M. Stanley 1894). Η Bourke (2003) αναφέρει ότι παρά την έμφαση στην εμπειρία των συναισθημάτων στο παρελθόν, το συναίσθημα του φόβου αναλύεται περιφερειακά ανά τους αιώνες.

Η λέξη «φόβος» ετυμολογικά, προέρχεται από το αρχαίο ελληνικό ρήμα «φέβομαι» δηλαδή τρέπομαι σε φυγή, με την έννοια της οπισθοχώρησης στο πεδίο της μάχης. Τα συνώνυμα του είναι: 1) *πανικός, τρόμος, δείλια*, 2) *αγωνία, ανασφάλεια, αναστολή*, και 3) *άγχος, εφιάλτης, βραχνάς, κίνδυνος* (Σταθόπουλος, 2003). Ο Μπαμπινιώτης, αναφέρει ότι η ελληνική γλώσσα, σε σχέση με τη σημασία του «φόβου», διαθέτει την αντίθεση ανάμεσα στο «αισθάνομαι φόβο» και στο «προκαλώ φόβο»: το α' δηλώνεται με το φοβούμαι (αρχαίο) και το β' με το φοβίζω (νεότερο) (Μπαμπινιώτης 2002). Στο πέρασμα των χρόνων παρατηρούμε λοιπόν ότι, το συναίσθημα του φόβου ερμηνεύεται μέσα από τα συμφραζόμενά του και φαίνεται πως η λέξη παρέμεινε αναλλοίωτη, δηλώνοντας το ίδιο καθολικό συναίσθημα ως τις μέρες μας.

Η Apresjan, το 1997, εν παραδείγματι, σε μια γλωσσολογική ανάλυση της λέξης φόβος, μεταξύ της αγγλικής και ρώσικης γλώσσας, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα

---

<sup>1</sup> Στο ερευνητικό και θεωρητικό τοπίο, τα πράγματα δεν είναι και τόσο ξεκάθαρα με τους όρους αίσθηση, συγκίνηση και συναίσθημα. Ωστόσο, σε μια προσπάθεια οριοθέτησης, συχνά επικρατεί η άποψη ότι τα συναισθήματα είναι η συνειδητή εμπειρία που βοηθά στον προσδιορισμό των συγκινήσεων. Όταν κάποιος αισθάνεται φοβισμένος, μπορεί να προσδιορίσει τη συγκίνηση του φόβου. "Δεν είναι όλα τα συναισθήματα συγκινήσεις, αλλά όλη (η συνειδητή) συναισθηματική εμπειρία είναι συναισθήματα." (Miller et all., 2005)

σημασιολογικά και τα μεταφορικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα, που χρησιμοποιούνται στην καθομιλουμένη για τη λέξη φόβος, πρώτον περιγράφουν το ίδιο συναίσθημα, και κατά δεύτερον παραμένουν σε ένα μεγάλο μέρος αμετάβλητα και στις δύο χώρες. Η ίδια υπέθεσε ότι αυτά τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα μπορούν να επεκταθούν για την λεξικογραφική περιγραφή του συναισθήματος του φόβου και στις άλλες γλώσσες, εκτός από αυτές που αναλύονται (Apresjan, 1997).

Ο Παπαδόπουλος στο Λεξικό της Ψυχολογίας δίνει τον ακόλουθο ορισμό « *Ο φόβος είναι ένα έντονο συναίσθημα απέναντι σε ένα πιθανό κίνδυνο. Προκαλεί βιοχημικές αλλαγές και ενεργοποίηση του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Δημιουργείται στο υποκείμενο η θέληση να φύγει ή να μείνει και να παλέψει*». Διαχωρίζεται από τις φοβίες και το άγχος, γιατί είναι μια προσωρινή αντίδραση σε ένα συγκεκριμένο κίνδυνο (Παπαδόπουλος, 1994, σελ 613). Κατά τον Kalat το συναίσθημα του φόβου παρατηρείται σε ένα περιορισμένο φάσμα καταστάσεων που χαρακτηρίζονται, όμως, από δυνατότητα διαφυγής και με την έννοια αυτή είναι πολύ χρήσιμος, καθώς συμβάλλει στην αποφυγή κινδύνων (Kalat, 1995).

Ο φόβος προέκυψε από τον τραυματισμό, και αποτελεί μια από τις πανάρχαιες και σίγουρα, ισχυρότερες συγκινήσεις. Με την αργή διαδικασία της απέραντης εμπειριοκρατίας η φύση έχει εξελίξει το θαυμάσιο, αυτό, αμυντικό μηχανισμό. Η υποκίνηση αυτού του μηχανισμού, που οδηγεί σε μια φυσική προσπάθεια είναι δράση, και η υποκίνηση αυτού του μηχανισμού χωρίς δράση είναι συγκίνηση. Μπορούμε να πούμε, επομένως, ότι ο φόβος είναι μια *φυλογενετική πάλη ή φυγή* (Washington & Farley, 1998).

Αλλά, ο φόβος καθαυτός, δεν είναι που εγείρει χιλιάδες ερωτηματικά; Ποια είναι τα κύρια φαινόμενα του φόβου; Γιατί φοβόμαστε; Ή καλύτερα πότε και τι πρέπει να φοβόμαστε; Υπάρχει όριο στο συναίσθημα του φόβου; Και από την άλλη πώς να οριοθετήσουμε θεωρητικά την έννοια του φόβου, αλλά και πως να κατανοήσουμε το φόβο μέσα από προσωπικές και κοινωνικές διαδικασίες; Φοβόμαστε όχι με τις καρδιές μας μόνο, όχι με τους εγκεφάλους μας μόνο, όχι με την ψυχή μας μόνο, οι επιρροές του φόβου αγγίζουν κάθε όργανο και ιστό του σώματός μας και κάθε όργανο ή ιστός υποκινείται ή εμποδίζεται σύμφωνα με τη χρήση ή το εμπόδιό του στη φυσική προσπάθεια για την ύπαρξη μας (Washington & Farley, 1998).

Φαίνεται, ωστόσο, πως βοηθητική είναι μόνο η σωστή «ποσότητα του συναισθήματος αυτού. Πως μπορούμε λοιπόν να καθορίσουμε πότε η «ποσότητα» του φόβου είναι σωστή, και πότε ο φόβος μας είναι φυσιολογικός; Σύμφωνα με τον Sroufe (1995), ο φόβος δεν αποδίδεται στην αδυναμία αφομοίωσης ενός γεγονότος, αλλά στην ένταξη ενός γεγονότος σε ένα αρνητικό πλαίσιο. Εάν θα μπορούσαμε με κάποιο τρόπο να μελετήσουμε τη γένεση μιας απλής συγκίνησης, σε εμάς τους ίδιους, θα πρέπει αναμφίβολα να επιτρέψουμε στους εαυτούς μας να δούμε τα βήματα από τα οποία η εμπειρία επιδρά επάνω σε αυτό το συναίσθημα, ώστε να δοθεί μια ανακλαστική

μορφή, στη δημιουργία του φόβου, αλλά αυτό είναι μετά βίας δυνατό (Hiram M. Stanley 1894).

Η νευρολογία έχει διαδραματίσει έναν κεντρικό ρόλο στην προώθηση του ερευνητικού ενδιαφέροντος για τα συναισθήματα του φόβου στις επιστήμες υγείας, αλλά και τις κοινωνικές επιστήμες κατά τη διάρκεια των τελευταίων 15 ετών (Damasio, 1994). Η εργασία του Joseph LeDoux, επιστήμονα της νευρολογίας, για τον συναισθηματικό εγκέφαλο, τοποθετείται στο κέντρο αυτής της ερευνητικής παράδοσης. Ο LeDoux έχει ακολουθήσει ένα δυναμικό πρόγραμμα στην έρευνα για το άγχος, που ρίχνει το ιδιαίτερο φως στη διεισδυτικότητα των φοβικών καταστάσεων, δίνει έμφαση στην ευκολία με την οποία ο φόβος μπορεί να συνδεθεί με τα νέα γεγονότα και τα αντικείμενα, καταδεικνύει, επίσης, ότι αυτό μπορεί να εμφανιστεί έξω από τη συνειδητή συνειδητοποίηση, και επεξηγεί τη δυσκολία που οφείλεται στην εξάλειψη των αντιδράσεων φόβου μόλις αυτοί διαμορφωθούν (Huddy, 2004).

Αν παρατηρήσουμε, όμως, κάποια στιγμή το φόβο «δίχως φόβο» λέει ο Riemann (1994) σχηματίζουμε την εντύπωση ότι έχει δύο πλευρές: αφενός μπορεί να μας ενεργοποιήσει, αφετέρου να μας παραλύσει. Ο φόβος είναι πάντα μια ένδειξη και προειδοποίηση του κινδύνου, αλλά και ταυτόχρονα μας ωθεί να τον ξεπεράσουμε. Η παραδοχή και η αντιμετώπισή του σημαίνει ένα βήμα εξέλιξης και δρομολογεί ένα στάδιο ωρίμανσης. Αντίθετα η άρνηση και η αποφυγή του φόβου δεν κάνει τίποτα άλλο από το να ενθαρρύνει τη στασιμότητα και την ανωριμότητα. Σύμφωνα με τα λόγια του Rom Harré, του συγγραφέα του βιβλίου «*The Social Construction of Emotion*» (1986), είναι οντολογική παραίσθηση να πιστεύει κανείς ότι « υπάρχει κάτι εκεί έξω, ένα συναισθημα, από το οποίο η λέξη συναισθημα είναι μόνο μία αναπαράσταση. Δεν υπάρχει κανένα τέτοιο πράγμα που να καλείται «φόβος», υπάρχουν μόνο «φοβισμένοι άνθρωποι»( Bourke 2003).

Εν κατακλείδι, αυτό που αναδύεται μέσα από την πανάρχαιη ανθρώπινη εμπειρία αλλά και που η σύγχρονη έρευνα έρχεται να ισχυροποιήσει και να βεβαιώσει, είναι ότι το συναισθημα του φόβου εκτός από αποτέλεσμα κινδύνου είναι και το ίδιο ένας κίνδυνος, ανεπιθύμητος έως τραγικός, που μπορεί να φτάσει να κάνει έναν άνθρωπο να απαρνηθεί τη ζωή. Συνώνυμο της κόλασης, και της κατοχής του ελέγχου: όποιος ή ό,τι μας προκαλεί φόβο μπορεί να ελέγχει τη ζωή μας με διάφορους τρόπους.

### **Ιστορική ανασκόπηση του συναισθήματος του φόβου**

Η πρώτη μας συνάντηση με το συναισθημα του φόβου απαντάται στον Όμηρο (Ιλιάδα I 2) με την έννοια της τροπής σε φυγή ενώπιον του εχθρού, αλλά, επίσης, γίνεται και αναφορά και στις εξωτερικές αντιδράσεις που τον συνοδεύουν (Ελληνική Μυθολογία, 1986). Στη γλώσσα του έπους, ο φόβος περιγράφεται ως «παγερός» και «κρυόεις» με μόνιμη συντρόφισσα του την τρομάρα. Και κατ' επέκταση ερμηνευτικά,

δηλώνει τον πανικό, το καταθλιπτικό συναίσθημα του κινδύνου που κυριεύει τον νικημένο στρατό και τον κάνει να τραπεί σε φυγή (Κοτταρίδη, 2006).

Στην Ελληνική μυθολογία, ο φόβος θεωρείτο γιος, του Άρη και της Αφροδίτης και το πρόσωπό του απεικονιζόταν στη μορφή του θεού Πάνα<sup>2</sup>. Ο Ησίοδος στη Θεογονία του λέει: του Άρη « του γέννησε η Κυθέρεια δύο γιους, τον Φόβο και το Δείμο<sup>3</sup>, τους τρομερούς, που με τον πατέρα τους τον πορθητή αντάμα στον παγερό τον πόλεμο τις πυκνές φάλαγγες των ανδρών κλονίζουν» (Θεογονία, 934). Ο Φόβος και ο Δείμος, που το όνομα του σημαίνει στην πραγματικότητα τον τρόπο της μάχης, είναι ηνίοχοι στο άρμα του πατέρα τους και τον βοηθούν στο φονικό του έργου ( Κοτταρίδη, 2006). Παρατηρούμε ότι, στον αρχαίο κόσμο, η έννοια του φόβου προσωποποιείται και θεοποιείται. Μάλιστα, θεωρείται ότι στην αρχαία Σπάρτη υπήρχε το ιερό του φόβου, όπου του πρόσφεραν θυσίες πριν την έναρξη της μάχης, για να διώξουν το φόβο από τη δική τους παράταξη και να τον σκορπίσουν στους αντιπάλους (Κάντας, 2005).

Όταν στρεφόμεστε στην ιστορία και δη της φιλοσοφίας, διαπιστώνουμε πως, πρώτος ο Αριστοτέλης<sup>4</sup> (384-322 π.Χ.) αναπτύσσει μια ρεαλιστική φαινομενολογία του φόβου. Σε αυτό το σημείο αξίζει να τονίσουμε πως στη φιλοσοφική σκέψη τα συναισθήματα ορίζονται ως «πάθη». Με βάση την κατηγοριοποίηση των συναισθημάτων, από τον Αριστοτέλη σε θερμά και ψυχρά, ο φόβος αποτελεί ένα ψυχρό συναίσθημα και μάλιστα αποτελεί παράδειγμα ενός οδυνηρού συναισθήματος, που χαρακτηρίζεται από «ρίγος» και «συστολή» σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο (Barnes,1995).

Σύμφωνα με τον φιλόσοφο, το πώς ένα πρόσωπο αποκρίνεται στο φόβο, αναπτύσσεται στη *Ρητορική*. Η ηθική αρετή εκφράζει την ικανότητα σωστής εκτίμησης και βίωσης του φόβου (Kraut, 2007). Η υπερβολική αντίδραση στο φόβο δηλώνει δειλία η μεσότητα μεταφράζεται σε ανδρεία, ενώ η έλλειψη αντίδρασης είναι συνυφασμένη με την αφοβία. Ο φόβος ορίζεται ως «προσδοκία κακού» και συσχετίζεται άμεσα με τον επικείμενο κίνδυνο που προβλέπουμε στο κοντινό μέλλον. (Barnes, 1995). Τέλος, στο έργο του *Ποιητική*, ο Αριστοτέλης, δίνοντας στον ορισμό της τραγωδίας, τα συναισθήματα του ελέου και του φόβου, μας θέτει τον προβληματισμό για μια ιδιάζουσα λειτουργία του φόβου, αυτόν της κάθαρσης<sup>5</sup> (Konstan, 2005). Διαπιστώνεται, καθαρά ότι η Αριστοτελική οπτική, είναι εμποτισμένη με μια θετική αντίληψη για το συναίσθημα του φόβου.

---

<sup>2</sup> Εξ ου και η λέξη πανικός που δηλώνει την κατάσταση του εαυτού μας όταν χάνουμε τον έλεγχο, (Κάντας, 2005).

<sup>3</sup> Στην αστρονομία ο Φόβος και ο Δείμος αποτελούν τους δύο δορυφόρους του πλανήτη Άρη (Κάντας, 2005).

<sup>4</sup> Οι Έλληνες φιλόσοφοι ασχολήθηκαν με το συναίσθημα του φόβου αλλά και με όλα τα συναισθήματα και πριν τον Πλάτωνα και τον Αριστοτέλη (π.χ. Ηρόδοτος, η Σαπφώ κ). Είναι όμως οι δύο κλασσικοί αυτοί φιλόσοφοι που ορίζουν δύο ξεχωριστές προσεγγίσεις (η λειτουργική του Αριστοτέλη και η δυνάμει του Πλάτωνα) για τα συναισθήματα, εν γένει, προσεγγίσεις που επηρέασαν πολλούς ανά τους αιώνες και ψυχολογικές θεωρίες ως τις μέρες μας!

<sup>5</sup> Η «κάθαρση» ως μηχανισμός αναδιάταξης και εξαγνισμού των ανθρώπινων παθών που συμβάλλει στην συναισθηματική γαλήνη του ανθρώπου (Konstan, 2005).

Σε αντίθεση με τον Αριστοτέλη, ο Πλάτωνας (428-348 π.Χ.)<sup>6</sup> θεωρεί ότι το συναίσθημα του φόβου (αλλά και τα συναισθήματα γενικότερα) είναι έξω από τον έλεγχο του ατόμου και σε ευθεία αντίθεση με την λογική (Konstan, 2005), για αυτό και απορρίπτει τη δύναμη της τέχνης, να γεννά έντονες και ενδεχομένως ηθικά επιζήμιες συγκινήσεις, όπως το συναίσθημα του φόβου. Ο καθηγητής Βιρβιδάκης, υποστηρίζει, ότι «ο Πλάτωνας μας στερεί, όχι μόνο, την επίδραση της καλλιτεχνικής δημιουργίας, αλλά και μιας από τις μη προφανείς χρήσεις κάποιας μορφής φόβου (Βιρβιδάκης, 2006). Αλλά και στα κείμενα, αργότερα, των Στωικών, ο φόβος ερμηνεύεται ως «φυγή προσδοκώμενου δεινού» και παίρνει τη μορφή μιας «ανορθόλογης παρέκκλισης» που συνδέεται στενά με το συναίσθημα του κινδύνου (Baltzly, 2008).

Στον Μεσαίωνα, ιδιαίτερο ενδιαφέρον, παρουσιάζει η άποψη του Θωμά του Ακινάτη (1255-1274 μ.Χ), για το συναίσθημα του φόβου. Κατά τον Ακινάτη ο φόβος (όπως και η ελπίδα) αποτελεί κύριο συναίσθημα και συνιστά το τελικό στάδιο της επιθυμητής κίνησης της ψυχής προς κάποιο στόχο (Roberts, 2003). Αν ο στόχος είναι κάποιο κακό η ψυχή ξεκινά με το μίσος, προχωρεί στην αποστροφή και καταλήγει στο φόβο. Όλα τα άλλα συναισθήματα βρίσκουν σε αυτά τα δύο κύρια συναισθήματα το τέλος και την πραγμάτωσή τους (Roberts, 2003).

Στη νεότερη εποχή, μετά την Αναγέννηση, οι φιλόσοφοι συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν το φόβο ως ένα από τα σημαντικότερα συναισθήματα που επιδρούν στη συμπεριφορά του ανθρώπου. Σημαντική συμβολή στην ερμηνεία του φόβου, την περίοδο αυτή, αποτελεί το έργο του Καρτέσιου (Descartes, 1596-1650 μ.Χ). Ο Καρτέσιος, στο έργο του «*Τα πάθη της ψυχής*» (1649), αναπτύσσει ολόκληρη θεωρία για το μηχανισμό της δημιουργίας του φόβου, σε μια προσπάθεια να εξηγήσει το μηχανισμό αλληλεπίδρασης της ψυχής και του σώματος μέσω του αδένου του *κωναρίου*<sup>7</sup> (Lokhorst, 2006). Η εκδήλωση του φόβου αναλύεται ως χαρακτηριστικό παράδειγμα του τρόπου με τον οποίο διεγείρονται τα πάθη στην ψυχή, και βασίζεται στον άκρατο διαχωρισμό ανάμεσα στο σώμα και στο νου (Rutherford, 2003) τον οποίο, απίθανο αυτό, δούσε ο Damasio, τον έχει χαρακτηρίσει, επιγραμματικά, ως «το λάθος του Καρτέσιου» (Damasio, 1994).

---

<sup>6</sup> Τα συναισθήματα, για τον Πλάτωνα βρίσκονται στην ψυχή. Η ψυχή αποτελείται από τρία μέρη: 1) Το λογικιστικόν (reason) 2) Το θυμοειδές (spirit-passion) και 3) Το επιθυμητικόν (appetite). Στο έργο του Πλάτωνα, διαφαίνεται ο διστιχικός χαρακτήρα διαχωρισμός μεταξύ ψυχής και σώματος. (Karasmanis, 2006).

<sup>7</sup> Στον άνθρωπο υπάρχουν δυο βασικές υποστάσεις: **το σώμα (res extensa) και το πνεύμα (res cogitans)**. Βασικό γνώρισμα του σώματος είναι έκταση, ενώ βασικό γνώρισμα του πνεύματος είναι η νόηση. Τα όργανα του σώματος (φλέβες, ροή αίματος κ.α) ελέγχονται από τα «σωματικά πνεύματα» (bodily spirits). Η ψυχή έρχεται σε επαφή με τα σωματικά πνεύματα μέσω του αδένου του κωναρίου. Ο κωνοειδής αδένος είναι ένα μικροσκοπικό όργανο στο κέντρο του εγκεφάλου που διαδραμάτισε έναν σημαντικό ρόλο στη φιλοσοφία Καρτεσιού. Εμπειρίες όπως: όραση, ακοή, συναίσθημα, πόνος, πείνα, φόβος, θυμός, είναι όλες μορφές κίνησης των σωματικών πνευμάτων μέσω του αδένου. Η ψυχή είναι βέβαια και κάτι παραπάνω, ενέχει το πάθος (Lokhorst, 2006).

Αργότερα, ο Spinoza (1632 – 1677 μ.Χ), προσπαθώντας να αποφύγει αυτό το σοβαρό λάθος του Καρτέσιου, και φανερά επηρεασμένος από την στωική φιλοσοφία, αντιπαραθέτει τον ορθό λόγο σαν ξεπέρασμα του φόβου. Ορίζει το φόβο σε αντιπαραστάση με την ελπίδα, ο φόβος είναι μια «αβέβαιη οδύνη», ενώ η ελπίδα είναι μια «αβέβαιη ευχαρίστηση» (Nadler, 2005, May, 1999). Ο φόβος προέρχεται από την ιδέα ότι κάτι που μισούμε θα μας προσεγγίσει, ενώ η ελπίδα ότι κάτι καλό που επιθυμούμε θα έρθει. Σύμφωνα με τον Spinoza, ο φόβος είναι ουσιαστικά ένα υποκειμενικό πρόβλημα, δηλαδή ένα ζήτημα θυμικού ή στάσης. Ο φόβος αναδύεται από μια αδυναμία του νου και επομένως δεν εμπίπτει στη χρήση του ορθού λόγου (May, 1999).

Τελειώνοντας, αξίζει να αναφερθούμε και στη συμβολή του David Hume (1711-1776 μ.Χ), του μεγάλου αυτού φιλοσόφου των νεότερων χρόνων. Για τον Hume, το συναίσθημα του φόβου εντάσσεται στα άμεσα πάθη, που προέρχονται κατ' ευθείαν από εντυπώσεις πόνου ή ηδονής, χωρίς να χρειάζεται η διαμεσολάβηση της αμφίδρομης σχέσης εντυπώσεων και ιδεών (Cohon, 2004 & Schmitter, 2006). Το πασιγνωστο γνωμικό του Hume ότι ο λόγος είναι και οφείλει να είναι ο σκλάβος των παθών (συναισθημάτων) τοποθετεί, τα συναισθήματα στον κεντρικό πυρήνα του χαρακτήρα και της ενεργούς δράσης του ανθρωπίνου είδους (De Sousa, 2007).

Ο Hume, φαίνεται να συλλαμβάνει διαισθητικά βιολογικά δεδομένα σχετικά με την αμεσότητα της πρόκλησης του φόβου, και που εξηγούνται αργότερα με τη μελέτη του ανθρωπίνου εγκεφάλου, και τη σημασία του συναισθήματος αυτού για την επιβίωση και την προστασία του οργανισμού (Debiec & Le Doux 2004). Κάτι που έρχεται, μετέπειτα να αποκαλύψει, ο Δαρβίνος (1809-1882 μ.Χ), ως θεμελιωτής της θεωρίας της εξέλιξης, και εισηγητής της θεωρίας της φυσικής επιλογής. Σύμφωνα με την αρχή της άμεσης δράσης του νευρικού συστήματος, οι συναισθηματικές καταστάσεις δεν είναι τίποτα άλλο παρά κίνητρα για δράση (Oatley, 2002). Επίσης, υποστήριξε ότι οι συγκινησιακές καταστάσεις, όπως ο φόβος είναι έμφυτες, διότι, αποτελούν το προϊόν των συντονισμένων δραστηριοτήτων εγκεφάλου, και ότι τα διαφορετικά ζωικά είδη με τις διαφορετικές περιβαλλοντικές απαιτήσεις έχουν εξελίξει ανόμοια εξειδικευμένα σύνολα απαντήσεων στο φόβο για να μεγιστοποιήσουν την ικανότητα επιβίωσης (Kim & Myers, 2004).

Στο σημείο αυτό, κλείνοντας, τη σύντομη αυτή ιστορική ανασκόπηση,<sup>8</sup> θα συμφωνήσουμε με την άποψη του De Sousa, ότι καμία πτυχή της ψυχικής μας ζωής δεν είναι τόσο σημαντική όσο η ποιότητα και η έννοια της ύπαρξης των συναισθημάτων. Αυτά είναι που κάνουν την ζωή να αξίζει ή και καμιά φορά να τελειώνει. Έτσι δεν προκαλεί κατάπληξη ότι οι περισσότεροι κλασικοί φιλόσοφοι-

---

<sup>8</sup> Χωρίς βέβαια να έχουμε εξαντλήσει το θέμα, για μια πλήρη αντίληψη το θα έπρεπε να αναφερθούμε και σε άλλους φιλοσόφους, όπως ο Νίτσε, ο Σοπενάουερ, ο Κιργκέγκωρ ο Σαρτρ, κ.α. Άλλωστε, αυτό το εγχείρημα θα ξεπερνούσε στους σκοπούς της παρούσης εργασίας.

Πλάτωνας, Αριστοτέλης, Σπινόζα, Καρτέσιος, Χιουμ κ.α-, έχουν αναγνωρισμένες θεωρίες για το συναίσθημα του φόβου, οι οποίες αποτελούνται από απαντήσεις σε συγκεκριμένα είδη συμβάντων που αφορούν το υποκείμενο, πυροδοτώντας σωματικές αλλαγές και τυπικά παρακινούμενες χαρακτηριστικές συμπεριφορές (De Sousa, 2007).

## Α. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ

---

*Απόψε δε θα βρέξει  
Μη φοβάσαι  
Μη φοβάσαι αντίστροφα  
το φόβο να ονειρευτείς*

*Γιάννης Πάσχος*

### 1.1 Ο φόβος ως βασικό συναίσθημα

Η ιστορία των συναισθημάτων μπορεί να χαρακτηριστεί ως μελέτη της «αισθησιολογίας», από τον κλασσικό ελληνικό όρο «αίσθησις». Ο όρος αναφέρεται στις αισθήσεις και την αντίληψη αίσθησης, αλλά και στα συναισθήματα και τις συγκινήσεις (Bourke, 2003). Αποτελεί κοινή θέση, ότι μερικές συναισθηματικές εκφράσεις, οι αποκαλούμενες «βασικές συγκινήσεις ή βασικά συναισθήματα», βρίσκονται σε όλους τους πολιτισμούς και έχουν μια εξελικτική ιστορία τουλάχιστον όσο και η ιστορία του ανθρώπινου είδους (Griffiths, 2002). Αυτά τα συναισθήματα<sup>9</sup>, χαρακτηρίζονται από μια συγκεκριμένη δομή, αποτελούν ένα υπόδειγμα που συνδυάζει συγκεκριμένες ψυχοφυσιολογικές αντιδράσεις με συγκεκριμένες εκφράσεις του προσώπου και κέντρα του φλοιού του εγκεφάλου (Adolphs & Heberlein, 2003).

Εν παραδείγματι, ο Griffiths θεωρεί ότι κάθε βασικό συναίσθημα αντιστοιχεί σε ένα « πρόγραμμα αντιδράσεων» (affect program) που αποθηκεύεται στον εγκέφαλο. Όταν ενεργοποιείται, αυτό το πρόγραμμα συντονίζει ένα σύνθετο σύστημα ενεργειών που περιλαμβάνει αλλαγές στην έκφραση του προσώπου, αυτόνομες αλλαγές στο νευρικό σύστημα, αλλαγές στις φωνητικές εκφράσεις, και απαντήσεις από το μυοσκελετικό σύστημα, όπως η πάλη ή φυγή. Η υπόθεση αυτή εκπορεύεται από το ηθολογικό μοντέλο του αυτοματισμού της ενεργούς δράσης των ζώων (The Affect Program Theory) (Griffiths 2002).

Η μακροχρόνια ερευνητική παράδοση προτείνει ότι ο φόβος είναι ένα από τα έξι βασικά συναισθήματα και ειδικότερα, ένα από τα αρνητικά βασικά συναισθήματα (Jarymowicz & Bar-Tal 2006) (μαζί με το θυμό, την αποστροφή, την περιφρόνηση, τη

---

<sup>9</sup> Η "διαχωριστική" προσέγγιση υποστηρίζει ότι ο θυμός, θλίψη, φόβος, είναι κατηγορίες συναισθημάτων που χαρακτηρίζονται από τις πιο ιδιαίτερα διαμορφούμενες απαντήσεις και που κατασκευάζονται από τις πιο θεμελιώδεις, βιολογικές ιδιότητες όπως: *το σθένος* (ευχαρίστηση/δυσαρέσκεια) *τη διέγερση* (υψηλή ενεργοποίηση/χαμηλή ενεργοποίηση), *τη θετική και αρνητική ενεργοποίηση* ή την *προσέγγιση* και την *απόσυρση*. (Barrett & Wager, 2006).

χαρά τη θλίψη και την έκπληξη), επειδή, προσδιορίζεται ευδιακρίτως από τις χαρακτηριστικές εκφράσεις του προσώπου σε όλους τους ανθρώπινους πολιτισμούς<sup>10</sup> (Kätsyri & Sams 2008). Η άποψη αυτή, απεικονίζεται κυρίως στην ψυχοεξελικτική θεωρία του Plutchik (1962) για τα συναισθήματα. Στην πειραματική εργασία του, προσδιόρισε διάφορες συγκινήσεις, όπως ο φόβος, ο θυμός, και η χαρά, ως αρχικές και έθεσε ως αίτημα, ότι όλες οι άλλες, προήλθαν από αυτές τις βασικές συγκινήσεις (Ednie, 2005). Ο συναισθηματικός κύκλος μοιάζει με την παλέτα των χρωμάτων, με τις περισσότερες συγκινήσεις να προέρχονται από τους συνδυασμούς των λίγων αρχικών συγκινήσεων και με τον συνδυασμό αυτών, να μπορούν να διαμορφώνονται οι συγκινήσεις των διαφορετικών αποχρώσεων. Ο Plutchik υποστηρίζει ότι οι, «αρχικές συγκινήσεις είναι ευπροσδιόριστες, με κάποια μορφή, σε όλα τα φυλογενετικά επίπεδα και ότι έχουν προσαρμοστική σημασία στην προσπάθεια του ατόμου για την επιβίωση» (Ednie, 2005). Οι Ortony & Turner, το 1990 κατέληξαν τελικά στο συμπέρασμα, σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ότι ο φόβος συμπεριλαμβάνεται στα βασικά συναισθήματα διότι:

- Σχετίζεται με τάσεις συμπεριφοράς (action tendencies)
- Παρουσιάζει εκφράσεις του προσώπου που αναγνωρίζονται διαπολιτισμικά
- Αποτελεί μορφή ετοιμότητας προς πράξη (action readiness)
- Σχετίζεται με νευρωνικά δίκτυα- βιολογικές δομές
- Ενέχει σωματική αντίδραση
- Αποτελεί αντίδραση σε βιολογικές διαδικασίες προσαρμογής
- Σχετίζεται με τα ένστικτα (Ortony & Turner, 1990).

Παρόλ' αυτά, υπάρχει ακόμη έντονη διαμάχη, ακόμη και αμφισβήτηση αυτής της ίδιας της ύπαρξης των βασικών συναισθημάτων (Russell, 1994). Οι έρευνες, ωστόσο, έχουν δείξει, ότι όσον αφορά τα βασικά συναισθήματα<sup>11</sup>, άτομα διαφορετικών πολιτισμών δείχνουν κοινές εκφράσεις του προσώπου (Adolphs & Heberlein, 2002) και συγκεκριμένα στην περίπτωση του φόβου η έκφραση του προσώπου είναι πιο αξιόπιστη

---

<sup>10</sup> Ωστόσο, οι νευροψυχολόγοι έχουν καταδείξει ότι οι άνθρωποι συγχέουν συχνά τις εκφράσεις του προσώπου του φόβου με εκείνους του θυμού (άτομα με τη ζημία στην αμυγδαλή τους σχεδόν ομόφωνα αποτυγχάνουν να αναγνωρίσουν ένα φοβισμένο πρόσωπο.). Αυτό υπονοεί ότι η αναγνώριση του φόβου είναι πρώτιστα ένα θέμα φυσιολογικής αντίληψης ή είναι το γνωστικό στοιχείο υπερισχύει; Γιατί, και αν ακόμα, ο φόβος βρίσκεται μέσα στον υλικό εαυτό μας μόνο, είναι σαφές ότι το σώμα αρνείται να παραδώσει τα σαφή σημάδια αυτής της συγκίνησης (Brooks et al, 1998).

<sup>11</sup> Ως κριτήρια βασικών συναισθημάτων έχουν ορισθεί τα εξής:

1. Τα αρχέγονα συναισθήματα αποτελούν εγγενή εξελικτικό μηχανισμό με νευροφυσιολογικές που παραγάγουν σύνθετα, δυναμικά εύκαμπτα και ενστικτώδη σχέδια δράσης για να αντιμετωπίσουν συγκεκριμένες περιβαλλοντικές απειλές.
2. Όλα τα βασικά συναισθήματα εμφανίζουν άλλοτε άλλου βαθμού άμεσες, σημαντικές ψυχιατρικές επιπτώσεις.
3. Η διέγερση των βασικών συναισθημάτων προκαλεί σύνθετα γνωστικά σενάρια και συγγενείς διεργασίες που οδηγούν τα άτομα σε εμμονή των συναισθηματικών τους προβλημάτων που ανέρχεται, πολλές φορές σε μεγάλα χρονικά διαστήματα (Panksepp, 2007)

από τη λεκτική έκφραση (Βαϊδάκης, 2008). Έχει παρατηρηθεί, επίσης ότι κατηγορίες συναισθημάτων, ειδικά των αρνητικών συναισθημάτων, διαφέρουν ευρέως από την άποψη της διέγερσης. Αρνητικές συγκινήσεις όπως ο φόβος και ο θυμός ακολουθούν τη λεγόμενη υψηλή συναισθηματική διέγερση, ενώ άλλες αρνητικές συγκινήσεις όπως η θλίψη (επίσης και η αποστροφή) ακολουθούν μια χαμηλή συναισθηματική διέγερση (Pilowsky & Bassett, 1980).

Κατά τη διάρκεια του συναισθήματος του φόβου παρατηρούνται κάποιες αντιδράσεις που προέρχονται από τη δράση του αυτόνομου νευρικού συστήματος και συγκεκριμένα, η κόρη του οφθαλμού διαστέλλεται, η καρδιά χτυπά γρηγορότερα, οι αναπνοές επιταχύνονται, παρατηρείται ωχρότητα στο πρόσωπο, η πέψη των τροφών αναστέλλεται, το δέρμα εφιδρώνεται και εμφανίζεται ανόρθωση των τριχών (Behar & Berhie 2008). Αυτές τις αντιδράσεις που «σκηνοθετεί» το νευρικό σύστημα δεν αφορούν αποκλειστικά το φόβο, αλλά εμφανίζονται κατά τον ίδιο τρόπο σε κάθε δυνατή, άλλη, συναισθηματική κατάσταση.

Βλέπουμε λοιπόν, ότι το συναίσθημα του φόβου χωρίς την ανάλογη σωματική διέγερση δεν μπορεί να υπάρξει, αλλά μπορεί να υπάρξει σωματική διέγερση χωρίς να είναι αιτία ο φόβος. Αυτές οι επιρροές του φόβου φαίνονται να απαιτούν μια ελάχιστη γνωστική αξιολόγηση του ερεθίσματος μέσω των νευρικών οδών, που ο επιστήμονας της νευρολογίας Joseph Le Doux, έχει ονομάσει ως *χαμηλή οδό* (*low road*) των συναισθημάτων (Griffiths 2002). Τελικά τι γεννιέται πρώτο το συναίσθημα του φόβου ή ψυχοφυσιολογικές μεταβολές;

Πολλές θεωρίες προσπάθησαν να χαρτογραφήσουν την αλληλουχία των γεγονότων που συνδέονται με την εμπειρία του συναισθήματος του φόβου, αλλά στο κύριο μέρος του όλες συγκλίνουν σε μια από τις δύο απόψεις α) ένα ερέθισμα προκαλεί το φόβο, ο οποίος στη συνέχεια παράγει μια συμπεριφορά και β) ένα ερέθισμα προκαλεί μια συμπεριφορά, η οποία με τη σειρά της προκαλεί το συναίσθημα του φόβου (Βαϊδάκης, 2008). Οι πραγματικές, ωστόσο, λεπτομέρειες της συναισθηματικής έκφρασης, της εξέλιξής της, και της ανάπτυξής του φόβου στο άτομο μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να εξετάσουν την ισχύ των διχοτομιών μεταξύ της βιολογίας και του πολιτισμού, της σταθερότητας και της μεταβλητότητας, της καθολικότητας, και της ατομικότητας που υιοθετούνται και από τις δύο πλευρές (Russell, 1994).

Ο φόβος, όμως, δεν είναι μόνο ένα συναίσθημα, αλλά αποτελεί ένα έμφυτο συμπεριφοριστικό –γνωστικό –συναισθηματικό σύστημα που αναπτύχθηκε λόγω της εξελικτικής επιτυχίας του στην προστασία των ζώων αλλά και του ανθρώπινου είδους, από τον κίνδυνο (Kim & Myers 2004). Είναι μια πολύπλοκη συνεργασία μεταξύ διαφορετικών παραγόντων αντίδρασης, από τους οποίους κανένας από μόνος του δεν «αποτελεί» το φόβο. Αυτή τη πολυπλοκότητα του ιδιαίτερου αυτού συναισθήματος φαίνεται να διστάζουν και οι Jarymowicz και Bar-Tal (2006) μιλώντας για την ύπαρξη τριών επιπέδων στην έκφραση του φόβου.

Κατά τους Jarzymowicz και Bar-Tal ο φόβος σε ένα πρώτο επίπεδο πρωτογενούς συγκίνησης (affect) σχετίζεται με το φαινόμενο της ομοιόστασης, με την έννοια ενός αυτόματου προγράμματος για τη διατήρηση της ισορροπίας του οργανισμού, σε ένα δεύτερο, σαν βασικό συναίσθημα (emotion) εμφανίζεται σε καταστάσεις που είναι απειλητικές για τον οργανισμό/άνθρωπο και την κοινωνία, και σε ένα τρίτο επίπεδο, αυτό της κοινωνικής συναισθηματικής έκφρασης (social emotion), ο φόβος αποτελεί ένα σύνθετο φαινόμενο περιπλοκών αντιδράσεων και εμφανίζεται με μια πλειάδα άλλων συναισθημάτων όπως ο πανικός, το άγχος, η απελπισία, η ενοχή, η ντροπή, η σεμνοτυφία ή και η δειλία (Jarzymowicz & Bar-Tal 2006).

## **1.2 Ο φόβος και το άγχος : Η διαμάχη συνεχίζεται**

Μια βαθύτερη ματιά στην προσέγγιση των συναισθημάτων θα μας βοηθήσει να αντιμετωπίσουμε μερικά από τα διλήμματα της γραφής για τη συναισθηματική έκφραση και ειδικότερα, αυτό είναι χρήσιμο όσον αφορά σε μια από τις πιο κυρίαρχες παρανοήσεις που γίνονται στην ιστορική βιβλιογραφία, αυτή μεταξύ του φόβου και του άγχους. Στη σύγχρονη βιβλιογραφία ο φόβος και το άγχος αναφέρονται άλλοτε ως παρόμοια και άλλοτε ως διαφορετικά συναισθήματα (Cooper et al., 2007). Σύμφωνα με τους περισσότερους σχολιαστές, η λέξη φόβος "χρησιμοποιείται για να αναφερθεί σε μια άμεση αντικειμενική απειλή ενώ, το άγχος αναφέρεται σε μια προσδοκώμενη, υποκειμενική απειλή. Το άγχος περιγράφεται ως μια γενικευμένη κατάσταση, ενώ ο φόβος είναι πιο συγκεκριμένος και άμεσος (Bourke, 2003).

Η διάκριση μεταξύ φόβου και άγχους αναδύθηκε συμπτωματικά, όταν ο πρώτος άγγλος μεταφραστής του Freud, δυσκολεύτηκε να αποδώσει το γερμανικό όρο *angst*<sup>12</sup> (= φόβος) μόνο ως *fear*, γιατί ο Freud αρκετές φορές τον χρησιμοποιούσε με την έννοια ενός συναισθήματος φόβου, αλλά χωρίς τη δυνατότητα διαφυγής, που εκλύεται μάλλον από μη συγκεκριμένες καταστάσεις ή από μια διάχυτη ανησυχία για το μέλλον και κυρίως από συμβολικές απειλές (Kaplan & Sadocks, 1998). Ο Lewis υποστηρίζει ότι μια πιο ακριβολογική απόδοση του *angst* θα μπορούσε να περιλάμβανε τους όρους αγωνία, φόβος τρόμος και ότι ο όρος αυτός προέρχεται από την ιαπετική ρίζα *angh* που στην κυριολεξία σημαίνει σφίγγω ασφικτικά (Lewis, 1967).

Κατά τον Freud, που είναι ο σχεδιαστής της μοντέρνας έννοιας του άγχους, ο όρος άγχος σχετίζεται με την κατάσταση και αγνοεί το αντικείμενο του φόβου, ενώ στη λέξη φόβος η προσοχή στέφεται πάνω στο αντικείμενο (Freud 1952). Το αντικείμενο του κινδύνου φαίνεται να είναι μπροστά μας στις φοβικές καταστάσεις, ενώ στις αγχώδεις το άτομο δεν γνωρίζει συνειδητά το αντικείμενο της απειλής (Bourke, 2003).

---

<sup>12</sup> Ωστόσο, στο *Λεξιλόγιο Της Ψυχανάλυσης*, οι Laplanche & Pontalis, υποστηρίζουν ότι ο όρος *angst* τόσο στα γερμανικά όσο και στη φροϋδική χρήση, δεν επικαλύπτει ακριβώς αυτό που σημαίνει ο γαλλικός όρος *angoisse* (άγχος, αγωνία). (Laplanche & Pontalis, 1986).

Όπως αναφέρει και ο Barlow (1998) η βασική διαφορά ανάμεσα στο φόβο και στο άγχος πρέπει να αναζητηθεί στην παρουσία του γνωσιο- συναισθηματικού στοιχείου στο άγχος, στην τάση του για χρονιότητα και στο συναισθηματικό πυρήνα του άγχους. Ως ουσιαστική συναισθηματική παράμετρο θεωρεί την αίσθηση απώλειας του έλέγχου των κρίσιμων εσωτερικών ή εξωτερικών γεγονότων, που υπάρχει στο άγχος (Barlow, 1998).

Μια άλλη πολύ σχετική πρόταση, που έχει τεθεί από τον Arieti το 1970, υποστηρίζει ότι η αγωνία (άγχος) είναι πιο προσανατολισμένη στο μέλλον από ότι ο φόβος. Με άλλα λόγια, φόβος εστιάζει στο παρόν, ενώ το άγχος στο μέλλον. Αυτή η διάκριση έχει συζητηθεί ή και έχει υπονοηθεί από τους μελετητές του ρεύματος του υπαρξισμού, καθώς επίσης, και από τους ψυχαναλυτές. Παραδείγματος χάριν, ο Kierkegaard (1849/1944) είδε το άγχος να συνδέεται άρρηκτα με την ύπαρξη της δυνατότητας και της πιθανής ελευθερίας και η σύλληψη αυτή εμπλέκει την αγωνία ως καθολικό χαρακτηριστικό γνώρισμα ανθρώπινης ύπαρξης (Wicker et all., 1985). Μια άλλη σημαντική διαφοροποίηση έγκειται στο γεγονός ότι ο φόβος ανήκει στα βασικά συναισθήματα ενώ το άγχος όχι (Hofmann, 2008), αλλά για τον Golstein και το άγχος είναι ένα συναισθηματικό μόνο που δεν συνδέεται με ένα «ειδικό αντικείμενο». Αυτή η απουσία του ειδικού αντικειμένου είναι που κάνει το φόβο να οξύνει τις αισθήσεις, ενώ το άγχος να τις παραλύει και να τις αχρηστεύει. Αντίθετα, ο φόβος τις οδηγεί σε δράση (May, 1999).

Εντούτοις, πολλοί ερευνητές μεταχειρίζονται συνήθως αυτές τις συναισθηματικές απαντήσεις ως ίδια διαδικασία, ενδεχομένως, βάσει της στενής μοριακής, νευροανατομικής, και λειτουργικής σχέσης μεταξύ του φόβου και του άγχους (Radulovic & Spiess 2002). Αυτή η στενή σχέση καταδεικνύεται από τα εξής συμπεράσματα: (α) και ο φόβος και το άγχος αποσπούν παρόμοιο συμπεριφοριστικό, σωματικό, μηχανιστικό, και σπλαγχνικό τρόπο απαντήσεων, στον οποίο μεσολαβούν κοινές εγκεφαλικές λειτουργίες (β) η απόκτηση των αντιδράσεων φόβου μπορεί να αποτραπεί σημαντικά από τη χρήση αγχολυτικών φάρμακων όπως οι βενζοδιαζεπίνες και οι αγωνιστές της σεροτονίνης και (γ) η απόκτηση των ρυθμισμένων απαντήσεων φόβου παραλληλίζεται πολύ από το αυξανόμενο άγχος που μεγιστοποιείται μετά από σταθεροποίηση της μνημονικής λειτουργίας (Radulovic et all., 1998b).

Ωστόσο, σε μια εκτεταμένη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, οι Watson & Clark συμπεραίνουν ότι ο φόβος και το άγχος αντιπροσωπεύουν δυο διαφορετικά μεταξύ τους συναισθήματα (Watson & Clark, 1984). Επίσης, οι Corr και Perkins σε μια ανασκόπηση των θεωριών για την προσωπικότητα υποστηρίζουν, ότι πρώτοι οι Gray and McNaughton, το 2000, αντιλήφθηκαν τις έννοιες του φόβου και του άγχους ως ευδιάκριτες και ξεχωριστές διαδικασίες, σύμφωνα με τη θεωρία τους, που καλείται «Επανεπίσχυση Της Ευαισθησίας» (*Reinforcement Sensitivity Theory, RST*), (Corr and Perkins, 2006).

Σύμφωνα με τη θεωρία των Gray and McNaughton, η έννοια του φόβου σχετίζεται με το αποκαλούμενο *fight-flight-freeze system*, (FFFS) που είναι αρμόδιο για τη ρύθμιση των αντιδράσεων σε όλα τα απωθητικά ερεθίσματα. Το σύστημα αυτό, μεταφορικά δηλώνει «απομάκρυνε με τώρα από εδώ» και παράγει το συναίσθημα του φόβου. Ενώ, στις αγχώδεις καταστάσεις ενεργοποιείται το *Behavioral Inhibition System* (BIS) που είναι αρμόδιο για την επίλυση των συγκρούσεων εσωτερικών ή εξωτερικών, γενικότερα. Το (BIS) υποδηλώνει την εξειδικευμένη αντίδραση « πρόσεχε κίνδυνος» και παράγει το συναίσθημα του άγχους (Corr and Perkins, 2006).

Παρόλες τις προσπάθειες της ψυχιατρικής και τη δημιουργία των ταξινομικών συστημάτων, το τοπίο δεν φαίνεται και εδώ να ξεκαθαρίζει, αλλά αντίθετα παραμένει ομιχλώδες. Στο βιβλίο *Synopsis Of Psychiatry*, ενώ διαχωρίζεται ο φόβος από το άγχος, στη συνέχεια αναγράφεται ότι «αν το άγχος απλά θεωρηθεί ως ένα σήμα ετοιμότητας, φαίνεται βασικά όμοιο συναίσθημα με το φόβο» (Kaplan & Sadocks, 1998). Αντιστοίχως, ενώ γίνεται αναφορά στις «διαταραχές φοβικού άγχους», στο ICD-10, ακολούθως σημειώνεται « το φοβικό άγχος, από πλευράς βιωματικών και φυσιολογικών αντιδράσεων, καθώς και αντιδράσεων συμπεριφοράς, δεν διακρίνεται από άλλα είδη άγχους και μπορεί να ποικίλει σε βαρύτητα από ελαφρά ανησυχία μέχρι το συναίσθημα του έντονου τρόμου» (WHO, 1992).

Σε αυτό το σημείο, ένα βαθύτερο κοινωνιοψυχολογικό βλέμμα, στη διαφορά μεταξύ φόβου και άγχους, μπορεί να καταδείξει ότι αυτή η διαφορά, δεν είναι τίποτα άλλο, παρά το περιτύλιγμα μια μορφής κοινωνικής εξουσίας και ιεραρχικά δομημένων αντιδράσεων (Bourke, 2003). Στα φοβογόνα ερεθίσματα, τα άτομα είναι ικανά με συνειδητότητα (ή θεωρούν ότι είναι ικανά) να λάβουν τα κατάλληλα μέτρα που να τους οδηγήσουν στην εξουδετέρωση ή στην αποφυγή της απειλής, ενώ μια τέτοια σκόπιμη δραστηριότητα αποτυγχάνει στην περίπτωση του άγχους, διότι αποτελεί μια περισσότερο υποκειμενική εμπειρία. Αλλά, ακόμα και αυτή, η δυνατότητα ή η ανικανότητα της «πάλης ή της φυγής» είναι ένα θέμα που σχετίζεται με την ανάπτυξη των δυναμικών, των κοινωνικών σχέσεων και όχι με μια θεμελιώδης διαφορά μεταξύ του αντικειμένου ή της κατάστασης που προκαλεί μια δεδομένη συναισθηματική απάντηση (Bourke, 2003).

Συμπερασματικά, μπορούμε να υποθέσουμε πως όσο μελάνι και να χυθεί στην προσπάθεια ενός σαφούς διαχωρισμού μεταξύ φόβου και άγχους, οι διαμάχες και οι προβληματισμοί που προκύπτουν, δεν επιλύονται στην πραγματικότητα ποτέ. Ωστόσο, για τους περισσότερους η διαφορά εντοπίζεται στο αδιαφιλονίκητο επιστημολογικό αξίωμα ότι το άγχος δεν χαρακτηρίζεται από συμπεριφορά αποφυγής και ότι από κλινικής πλευράς έχει μάλλον την τάση να θεωρείται ότι διαρκεί περισσότερο (Βαϊδάκης, 2008).

### 1.3 Ατομικές διαφορές στο συναίσθημα του φόβου

Το συναίσθημα το του φόβου θα αποτελεί πάντα αναπόσπαστο στοιχείο της ύπαρξής μας. Όσο όμως και αν αυτό αποτελεί μια μορφή «ντιρεκτίβας», ο κάθε ένας από εμάς ζει τον φόβο με τον δικό του τρόπο τον φόβο, το φόβο που τον νιώθει μοναδικό, όπως το θάνατο ή τον πόνο. Ο φόβος με άλλα λόγια, κατά τον Riemann βιώνεται και καθρεπτίζεται εξατομικευμένα, για αυτό και έχει πάντα μια προσωπική σφραγίδα. Αυτός ο προσωπικός φόβος εξαρτάται τόσο από τις ατομικές συνθήκες ζωής, όσο και από την ιδιοσυγκρασία και το περιβάλλον μας και έχει και ένα ιστορικό εξέλιξης που αρχίζει πρακτικά από τη γέννησή μας (Riemann, 1994). Το φοβισμένο άτομο δεν είναι όμως, ποτέ ενήμερο αυτού αθροίσματος, δηλαδή των πολυσύνθετών και πολυπαραγοντικών αιτιών που το κάνουν να φοβάται (Goodwin 1986).

Όσον αφορά την εμπειρία και ένταση του φόβου, οι έρευνες, έχουν καταγράψει μεγάλες ατομικές ποικιλομορφίες στις φοβογόνες καταστάσεις και προτείνουν ότι οι προϋπάρχουσες μεμονωμένες διαφορές στις στρατηγικές διαχείρισης και η προσωπικότητα μπορούν να προκαλέσουν μια ιδιαίτερη παραλλαγή στις εκβάσεις τέτοιων καταστάσεων (van den Berg & ter Heijne 2005). Μια άλλη μεταβλητή εν δυνάμει σχετίζεται με τις μεμονωμένες διαφορές στις συναισθηματικές απαντήσεις στις απειλές είναι το φύλλο και η ηλικία. Οι Ollendick, King, και Frary (1989) ανέφεραν, παραδείγματος χάριν, ότι οι γυναίκες και οι προέφηβοι εξέθεταν υψηλότερο επίπεδο φόβου από ότι οι άνδρες και οι έφηβοι. Εντούτοις, σε μια πιο πρόσφατη μελέτη, καμία επίδραση της έντασης του φόβου σε σχέση με την ηλικία δεν διαπιστώθηκε (Ollendick, Yule, & Ollier, 1991).

Ο Goldstein (1959) βρήκε στοιχεία ότι το ύψος αντιμετώπισης (*coping style*) μετριάξει τα παραπλανητικά μηνύματα που προκαλούν φόβο. Οι Levanthal and Perloe (1962) θεώρησαν ότι η αυτό-εκτίμηση (*self esteem*) συσχετίζεται αρνητικά με το επίπεδο φόβου. Πιο πρόσφατα, η αντιληπτή αυτο-αποτελεσματικότητα (*self-efficacy*) έχει τραβήξει ιδιαίτερα την προσοχή, και οι περισσότερες μελέτες έχουν εστιάσει στο συγκεκριμένο είδος της έννοιας της αυτο-αποτελεσματικότητας (δηλ., δυνατότητα του ατόμου να εκτελέσει μια ειδική στρατηγική αντιμετώπισης) παρά στην γενική της μορφή (LaTour & Rotfeld, 1997). Η αντιληπτή ευπάθεια (*Perceived vulnerability*) έχει αποκαλυφθεί, επίσης, ως ένας σημαντικός παράγοντας στην αποτελεσματικότητα των εκκλήσεων φόβου (Sternthal & Craig, 1974).

Ο θεωρητικός μηχανισμός μέσω του οποίου οι ατομικές διαφορές αποτελούν σημαντική μεταβλητή στις απαντήσεις του φόβου, εντοπίζεται στην κοινωνική γνωστική έρευνα. Σύμφωνα με την κοινωνικογνωστική προοπτική ατομικές διαφορές, όπως για παράδειγμα συγκεκριμένα γνωρίσματα προσωπικότητας, επηρεάζουν την αντίληψη που έχει κάποιος για το κοινωνικό γίνεσθαι. Τα άτομα αναπτύσσουν κοινωνικά σχήματα που ενεργοποιούνται κατά την παραλαβή των εισερχόμενων πληροφοριών, και αυτά

είναι που επηρεάζουν την αντίληψη για τα φοβικά ερεθίσματα αλλά και για όλα τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα (Fiske & Taylor, 1991). Οι Witte και Morrison (2000), προτείνουν ότι η ολοκλήρωση των εισερχόμενων πληροφοριών των εκκλήσεων του φόβου, μαζί με τα μεμονωμένα σχήματα μπορούν να οδηγήσουν, δύο διαφορετικά άτομα, να αναπτύξουν διαφορετικά επίπεδα φόβου από το ίδιο μήνυμα. Ωστόσο, τα εμπειρικά στοιχεία για αυτή την υπόθεση είναι περιορισμένα.

Επιπρόσθετα, για τους περισσότερους από μας, ο φόβος αποτελεί ένα κοινό συναίσθημα και είναι δύσκολο κανείς να φανταστεί τη ζωή, στην οποία ο φόβος, δεν παίζει κανέναν ρόλο. Εντούτοις, υπάρχει ένας μικρός αριθμός ανθρώπων που είναι σχετικά αδιαπέραστοι στο φόβο (Rachman, 2004). Ο Rachman υποστηρίζει ότι αυτή η κατάσταση αρνησιφοβίας (Fearlessness) θεωρείται συχνά συνώνυμο του θάρρους. Μια σημαντική μεταβλητή που μπορεί να σχετίζεται με τις μεμονωμένες διαφορές στις συναισθηματικές απαντήσεις στο φόβο αλλά και την αφοβία, είναι ένα γνώρισμα της προσωπικότητας που καλείται «επιδιώκων την αίσθηση». Η «επιδίωξη της αίσθησης» (sensation seeking) μπορεί να οριστεί ως η καθορισμένη τάση ενός ατόμου γενετικά και κοινωνικά να επιδιώκει ποικίλες, νέες, σύνθετες, και έντονες αισθήσεις και την εμπειρία (van den Berg & ter Heijne 2005).

Επιπλέον, ο τρόπος που διαμορφώνεται το συναίσθημα του φόβου συμβάλει στη διαφορετικότητα. Ο Goodwin (1986), επίσης, σε μια προσπάθεια να εξηγήσει την ποικιλομορφία στο φόβο, υποστήριξε πως αυτή μπορεί να αποδοθεί σε τέσσερις παράγοντες. Για τον Goodwin, οι εξελικτικές διαδικασίες σχετίζονται με τις αντιδράσεις φόβου. Καθώς προχωράμε από τους ποντικούς προς τον χιμπατζή, βρίσκουμε μεγαλύτερη ποικιλία αιτιών που εκλύουν φόβο. Από την ηθολογία προκύπτει ότι όσο πιο έξυπνο είναι ένα ζώο, τόσο μεγαλύτερη είναι η ευαισθησία του στους αβάσιμους φόβους (Βαϊδάκης, 2008).

Οι γενετικές διαφορές διαφαίνεται να διαδραματίζουν κάποιο ρόλο. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι φοβούνται τους ξένους το ίδιο, ενώ οι ετεροζυγώτες εμφανίζουν διαφορετικούς φόβους. Επιπρόσθετα η εγχάραξη, δηλαδή οι πρώιμες εμπειρίες ζωής μπορεί να τροποποιήσουν την αντίδραση στο φόβο, καθώς και συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του ερεθίσματος. Μελέτες σε ζώα έχουν δείξει ότι ο φόβος συνάγεται από τη συμπεριφορά (Goodwin 1986). Όλοι αυτοί οι παράγοντες φαίνεται να εμπλέκονται δυναμικά τόσο στην κανονικοποίηση του συναισθήματος του φόβου, όσο και στην έκφρασή του γενικότερα.

#### **1.4 Η οντογένεση του φόβου και ο ρόλος του πλαισίου**

Πόσοι, άραγε, από εμάς, ανάδρομοι στις παιδικές μνήμες, δεν περάσαμε μέσα από το φιλτραρισμένο φόβο των παραμυθιών, την επιβολή ποινών και μέσα από την



υπαγόρευση εκφοβιστικών κοινωνικών κανόνων!!! Οι αναπτυξιακοί ψυχολόγοι υπογραμμίζουν ότι η οντογένεση του φόβου από τα προστάδια του ακόμη, αποκαλύπτει θεμελιώδεις διαδικασίες ανάπτυξης. Και ιδιαίτερα, απεικονίζει τους μεταβαλλόμενους μηχανισμούς που διέπουν σχετικές συναισθηματικές αντιδράσεις και πιο συγκεκριμένα τον βαθμιαία αυξανόμενο ρόλο του παράγοντα «νόημα» σε αυτές τις αντιδράσεις (Sroufe, 1995).

Ειδικότερα, οι συμβολικές αναπαραστάσεις και η λεκτική επικοινωνία καθιστούν πιθανούς τους διάφορους τρόπους σχηματοποίησης της συναισθηματικής σημασίας των αντικειμένων και των γεγονότων, που είναι μοναδικά στους ανθρώπους (Phelps et al., 2001). Οι κλασικές αντιδράσεις φόβου, ως αντίδραση σε περίεργα ή απεχθή γεγονότα, εμφανίζονται κατά το δεύτερο μισό του πρώτου έτους. Οι αντιδράσεις αυτές είναι πιο άμεσες. Εν αντιθέσει με τις πρώιμες αντιδράσεις επιφυλακτικότητας ή υποχρεωτικής προσοχής του βρέφους, δεν εκτυλίσσονται αργά, έπειτα από παρατεταμένη αδυναμία αντίληψης ενός γεγονότος (Sroufe, 1995).

Οι Öhman and Mineka θεωρούν ότι το σύστημα φόβου έχει διαμορφωθεί μέσα από εξελικτικές διαδικασίες και μπορεί να χαρακτηριστεί από τέσσερα κεντρικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα: *επιλεκτικότητα* όσον αφορά την εισαγωγή, *αυτοματισμός*, *ενθυλάκωση*, και *εξειδικευμένα νευρικά στοιχεία κυκλώματος* (Öhman & Mineka 2001). Επιλεκτικότητα σημαίνει, ότι το σύστημα του φόβου μπορεί εύκολα να ενεργοποιηθεί από ερεθίσματα τα οποία έχουν συσχετιστεί με απειλητικές επαφές στο εξελικτικό παρελθόν ( Hamm, & Weike 2005).

Επιπρόσθετα, η εξέλιξη έχει μορφοποιήσει το σύστημα του φόβου με έναν τρόπο, που να μπορεί να αρχίσει μάλλον αυτόματα (αυτοματότητα /αυτοματισμός ενεργοποίησης του φόβου). Αυτό σημαίνει ότι, το ερέθισμα μπορεί να αποκτήσει πρόσβαση στο σύστημα του φόβου, ακόμα και με μία ταχεία και προκαταρκτική αντιληπτική ανάλυση του ερεθίσματος. Τρίτον, το σύστημα του φόβου χαρακτηρίζεται από ενθυλάκωση, που σημαίνει ότι αφής το σύστημα του φόβου ενεργοποιείται είναι δύσκολο να επηρεάσει την φοβική απόκριση με νοητικές οδηγίες ή από ερεθίσματα ανησυχίας. Είναι μάλιστα ένα από τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των φοβιών, ότι ο ασθενής αναγνωρίζει ότι ο φόβος του είναι παράλογος και ενισχυμένος, αλλά παρόλα αυτά δεν έχει κανένα εκούσιο έλεγχο της φοβικής απάντησης. Τελικά, το σύστημα του φόβου ελέγχεται από ειδικά νευρωνικά κυκλώματα (Hamm & Weike, 2005).

Ο Rachman (1977) πρότεινε ότι τα παιδιά διαμορφώνουν τους φόβους μέσω της άμεσης ρύθμισης τραυματικών εμπειριών, της εκμάθησης δια της παρατήρησης και των λεκτικών ερεθισμάτων φόβου. Οι ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας, με συνέπεια καταλήγουν στο συμπέρασμα, ότι ο φοβικός ενήλικος θα αποδώσει τους φόβους τους σε έναν ή περισσότερους από αυτούς τους τρεις τρόπους και ότι αυτοί οι τρεις δρόμοι αποτελούν βιώσιμες διαδρομές μέσω των οποίων οι φόβοι αναπτύσσονται (Ollendick & King, 1991). Αργότερα, ο Davey's (1997) βελτιώνοντας το μοντέλο του φόβου, εξηγεί

πώς οι φόβοι διαμορφώνονται μέσω της άμεσης τραυματικής εμπειρίας, εντούτοις, ο Davey προτείνει, ότι και τα απειλητικά διαφαινόμενα ερεθίσματα, έχουν έναν ρόλο στη δημιουργία των προσδοκιών για την πιθανή έκβαση μιας σύγκρουσης με ένα φοβικό ερέθισμα. Αυτές οι αξιολογήσεις της προσδοκίας διαμορφώνουν τις συνέπειες της μελλοντικής συμπεριφοράς στο φόβο( Davey's, 1997).

Αν και οι περισσότεροι μελετητές συγκλίνουν στην άποψη του Rachman, για τη συμβολή των τριών παραγόντων στη διαμόρφωση των συναισθημάτων φόβου, ωστόσο κανείς από αυτούς δεν λειτουργεί μεμονωμένα ( Mineka & Zinbarg, 2006). Στοιχεία και από μη-αναδρομικές μελέτες, ωστόσο καταλήγουν στην συμβολή του ψυχικού και σωματικού τραύματος. Παραδείγματος χάριν, τα παιδιά που έχουν δοκιμάσει έντονα μια τραυματική εμπειρία εκθέτουν μεγαλύτερους επόμενους φόβους σχετικά με το γεγονός από εκείνα που δεν έχουν εκτεθεί σε ψυχοπιεστικά γεγονότα (Ollendick & King, 1991). Η έρευνα, επιπλέον στη νευρολογία έχει καταδείξει ότι το ψυχικό τραύμα στενεύει τον ιππόκαμπο και ενεργοποιεί την αμυγδαλή για τις αυτόματες αντιδράσεις άγχους, πανικού και φόβου ( van der Kolk, 2003). Αντιλαμβανόμαστε, εδώ, ένα σημείο σύγκλισης με την ψυχαναλυτική σχολή γύρω από τα τραυματικά γεγονότα.

Οι αντιδράσεις φόβου, μετά από λεκτικά απειλητικά ερεθίσματα, αναφέρονται συχνά ως παρόμοιες με τις αντιδράσεις που παρατηρούνται και στα παραδοσιακά πειράματα τεχνητού φόβου (Phelps et al., 2001). Δύο αναδρομικές μελέτες, για την αιτιολογία των φοβικών καταστάσεων που σχετίζονται με τα ερεθίσματα φόβου (King et al., 1998) και πειραματικές μελέτες που περιλαμβάνουν ερεθίσματα φόβου, αποδοτέα στην πρόκληση τους μέσω προφορικών ιστοριών ( Field et al., 2001), αποκαλύπτουν ότι οι φωνητικές απειλές αναλαμβάνουν το ρόλο ενός ισχυρού μέσου εκμάθησης φόβου.

Επίσης, οι φοβικές γνώσεις των παιδιών, καθώς και η αποφυγή τους, επηρεάζονται από τις εικόνες αντίδρασης των ενηλίκων έτσι όπως εκφράζονται από τους γονείς τους ( Askew & Field, 2007). Έρευνες, σε σχέση με την μετάδοση φόβων από τους γονείς, έδειξαν ότι, τα μικρά παιδιά παρουσιάζουν μεγαλύτερη αποφυγή σε νέα παιχνίδια, προς τα οποία έχουν δει τις μητέρες τους να αντιδρούν με φόβο, έναντι των νέων παιχνιδιών, απέναντι στα οποία οι μητέρες τους ενέργησαν χωρίς σημάδια φόβου (Gerull & Rapee, 2002). Τα τραυματικά γεγονότα, όπως ορίζονται από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία (APA, 1994), περιλαμβάνουν γεγονότα έξω από τη συνηθισμένη ανθρώπινη εμπειρία και βιώνονται με συναισθήματα εντόνου φόβου, τρόμου και αισθήματος αβοηθησίας (Hexel et al., 2004). Επιδημιολογικές έρευνες της προηγούμενης δεκαετίας, υποστηρίζουν ότι η έκθεση στα τραυματικά γεγονότα είναι σχετικά κοινή, με επίπτωση-ποσοστό μεταξύ του 39% και 70% (Freedy & Donkervoet, 1995). Αρκετές μελέτες υποστηρίζουν ότι, οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες, αναλαμβάνουν το ρόλο του σημαντικότερου παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη και την διατήρηση ψυχιατρικών διαταραχών, διαταραχών της προσωπικότητας και

ψυχοπαθολογίας (Carlier et al., 2000; Johnson et al., 2000; Bandelow et al., 2002). Τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, μετα-τραυματικής διαταραχής άγχους (PTSD), διαταραχών ελλωστικής προσοχής/υπερκιντικότητας, καθώς και άλλων συμπεριφορικών διαταραχών, έχουν παρατηρηθεί, άλλωστε, σε παιδιά με ιστορικό κακοποίησης σε όλες τις μορφές της Fumularo et al., 1992; Pelcovitz, et al., 1994).

Έρευνες δείχνουν ότι σε οποιαδήποτε ηλικία, οι συμπεριφοριστικές μνήμες των τραυματικών εμπειριών, παραμένουν αρκετά ακριβείς, και πιστές στα γεγονότα που τις υποκίνησαν (Terr, 1988), εμπλέκοντας στην παρούσα εμπειρία, τη συμμετοχή ενός σωματοαισθητηριακού μηχανισμού μνήμης (Salomons et al., 2004). Η έρευνα, επιπλέον, στη νευρολογία έχει καταδείξει ότι το ψυχικό τραύμα στενεύει τον ιππόκαμπο και ενεργοποιεί την αμυγδαλή για τις αυτόματες αντιδράσεις άγχους, πανικού και φόβου (van der Kolk, 2003). Αντιλαμβανόμαστε, εδώ, ένα σημείο σύγκλισης με την ψυχαναλυτική σχολή γύρω από τα τραυματικά γεγονότα.

Εντούτοις, έξω από το εργαστήριο, οι άνθρωποι μπορούν να διαμορφώσουν τους περισσότερους από τους φόβους τους μέσα από κοινωνικό-πολιτισμικές διαδικασίες, όπως η κοινωνική παρατήρηση και η προφορική επικοινωνία (Rachman, 1977) και η διαφορετική αντιμετώπιση των δύο φύλων (Garside & Dougan, 2002). Συγκεκριμένα, όσον αφορά το φόβο, οι γονείς, φαίνεται να τροποποιούν τον τρόπο με τον οποίο το συναίσθημα αυτό, κοινωνικοποιείται και εσωτερικεύεται, ανάλογα με το φύλλο του παιδιού. Παραδείγματος χάριν, οι πατέρες αντάμειψαν, σύμφωνα με αναφορές, τα κορίτσια και τιμώρησαν τα αγόρια για την έκφραση του συναισθήματος του φόβου (Garside & Dougan, 2002).

Η κοινωνική –πολιτιστική εκμάθηση του φόβου, δεν απαιτεί την άμεση εμπειρία του επιβλαβούς γεγονότος και έτσι παρέχει ένα ευέλικτο και εύκαμπτο τρόπο γνώσης/διαμόρφωσης των φόβων, που είναι ναί μεν γρηγορότερος, αλλά λιγότερο επικίνδυνος από μια μηχανιστική αντίληψη (Delgado et al., 2006). Οι στερεοτυπικές-πεποιθήσεις, οι αυτό-αναφορές και οι παρατηρήσεις της συναισθηματικής έκφρασης, χαρακτηριστικά δείχνουν ότι τα κορίτσια και οι γυναίκες εκφράζουν τα εξωτερικευμένα αρνητικά συναισθήματα (π.χ., θλίψη, φόβος, ενοχή) καθώς επίσης και πολλά από τα θετικά (π.χ., ευτυχία, ενσυναίσθημα) συχνότερα από τα αγόρια και τους άνδρες (Garside & Dougan, 2002).

Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να υπογραμμίσουμε ότι ο συμπεριφορισμός, υπέθεσε ότι εκτός, από τους έμφυτους φόβους τα άλλα είδη φόβου είναι αποτέλεσμα της συνολικής γονικής συμπεριφοράς (Bakker, 2000). Η ατομική ψυχολογία είδε το φόβο σαν μια ασυναίσθητη αλλά σκόπιμη αμυντική αντίδραση ενός παιδιού ενάντια σε ορισμένα δυσάρεστα ερεθίσματα από τον εξωτερικό περιβάλλον. Δεδομένου ότι, οι φόβοι των παιδιών τροφοδοτούν την ενήλικη προστασία, ένα φοβισμένο παιδί θα τεθεί εκτός δυσάρεστων καθηκόντων. Επομένως, το παιδί χρησιμοποιεί καιροσκοπικά το φόβο του για να αποφεύγει ευθυνών, χωρίς ωστόσο να έχει πλήρη επίγνωση για αυτό.

Ο φόβος δεν αποτελεί, κατά την άποψη αυτή, καμία έμφυτη ή κληρονομημένη συγκίνηση, ούτε ενσταλάχθηκε από τους γονείς. Απλά, αποτελεί το προϊόν μεμονωμένων συναισθημάτων ενός παιδιού προς τους γονείς του, οι οποίοι έπρεπε να είναι είτε απαιτητικοί, είτε επιτρεπτικοί (Bakker, 2000).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Ο ΦΟΒΟΣ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΒΙΟ-ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΗΣΕΙΣ

---

*Από όταν κουράστηκα να αναζητώ,  
Έμαθα πώς να βρίσκω.  
Από όταν μ' αντιτάχθηκε το αέρι,  
Πλέω με όλους τους ανέμους*

*Φριντιχ Νιτσε*

#### Εισαγωγικά

Ο φόβος σαν συναίσθημα βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος της βιολογικής και ψυχολογικής έρευνας και έχει απασχολήσει πολλούς τομείς, συμπεριλαμβανομένης της ψυχανάλυσης, του συμπεριφορισμού, της γνωστικής ψυχολογίας, και της βιολογικής ψυχολογίας. Όλες οι προσεγγίσεις προσπαθούν στην ουσία να απαντήσουν στο πανάρχαιο ερώτημα «*Γιατί Φοβόμαστε;*»

Οι Kim & Myers, υποστηρίζουν ότι, οι δύο αντιτιθέμενες αλλά και σημαντικά επιδρούσες θεωρίες για το συναίσθημα του φόβου είναι αυτές των James-Lange και των Cannon-Bard. Σύμφωνα με την θεωρία των James-Lange, τα συναισθήματα είναι αποτέλεσμα αλλαγών των εσωτερικών οργάνων και μυών. Απειλητικά ή επικίνδυνα ερεθίσματα προκαλούν μια φυσιολογική διέγερση και συμπεριφοριστικές απαντήσεις (μέσω του αυτόνομου νευρικού συστήματος), τα οποία γίνονται αντιληπτά και έπειτα υποβάλλονται σε επεξεργασία και αναγνωρίζονται ως φόβος από τον εγκέφαλο (που υπογραμμίζει τη σημασία σωματικής ανατροφοδότησης στον εγκέφαλο) (Kim & Myers 2004).

Αντίθετα, η θεωρία Cannon-Bard, προασπίζεται ότι στα κέντρα του υποθαλάμου είναι αποθηκευμένη μια σειρά από πρότυπα συμπεριφοράς. Αυτό προϋποθέτει ότι οι απειλές και οι κίνδυνοι προκαλούν ταυτόχρονα τις δραστηριότητες εγκεφάλου που αντιπροσωπεύουν το φόβο και αρχίζουν τη φυσιολογική διέγερση και τη συμπεριφοριστική ετοιμότητα (υπογραμμίζοντας τη σημασία της δραστηριότητας του εγκεφάλου) (Kim & Myers 2004).

Κατά συνέπεια, η κρίσιμη διάκριση μεταξύ των δύο θεωριών είναι εάν η εμφάνιση του άμεσου κινδύνου (π.χ., μια αρκούδα) τίθεται ως αίτημα για να ενεργοποιήσει το κεντρικό σύστημα φόβου παράλληλα με τη φυγή και τις αντιδράσεις του αυτόνομου νευρικού συστήματος (π.χ ταχυκαρδία) (Cannon-Bard theory), ή πρώτα ανιχνεύονται

το αίσθημα φυγής και οι αυτόνομες αντιδράσεις και έπειτα ερμηνεύονται ως φόβος από τον εγκέφαλο (James-Lange theory)( Kim & Myers 2004).

## **2.1 Η νευροβιολογική βάση του φόβου**

Είκοσι έτη πριν, το θέμα των συναισθημάτων ελάχιστα είχε απασχολήσει τους νευρολογικούς κύκλους. Σήμερα, είναι ένα από τα καυτά θέματα του τομέα. Ο μετασχηματισμός, αυτός προέκυψε υποστηρίζει ο LeDoux, επειδή η έρευνα για το συναίσθημα, "φόβος," ανέδειξε εντυπωσιακά ευρήματα στη χαρτογράφηση των διαβάσεων του φόβου στον εγκέφαλο και στην εξήγηση σχετικά μερικών από τους κυπελοειδείς μηχανισμούς που εμπλέκονται στο φόβο (LeDoux, 1998).

Από όλα τα συναισθήματα, το μόνο που έχει μελετηθεί επιστημονικά νευροβιολογικά, είναι ο φόβος (Lang, 2006). Αν και ο τρόπος με τον οποίο δημιουργείται ο φόβος στον εγκέφαλο αποτελεί πεδίο μαχών, οι ερευνητές έχουν καταλήξει ότι τρεις βασικές περιοχές φαίνεται να αναλαμβάνουν ενεργό δράση στη δημιουργία του φόβου (Kalin, 1997). Σύμφωνα με τον LeDoux, το κλειδί για το πρώτο μονοπάτι του φόβου στον εγκέφαλο είναι μια μικρή περιοχή που καλείται αμυγδαλή και ανήκει στο μεταχιαστικό σύστημα, (μαζί με τον ιππόκαμπο) και θεωρείται η έδρα των συναισθηματικών αντιδράσεων (LeDoux, 1998). Αυτό που προκαλεί εντύπωση γράφει ο Le Doux είναι ότι, ο ρόλος της αμυγδαλής στο φόβο, έχει γίνει στην πραγματικότητα το πιο δημοφιλές ως ερευνητικό θέμα. Μια γρήγορη ανίχνευση των διάφορων περιοδικών στον τομέα, αποκαλύπτει όλο και περισσότερα έγγραφα για τη δομή και τη λειτουργία της αμυγδαλής, κάθε έτος. Είναι, ίσως, ένα σημάδι των καιρών ότι η αμυγδαλή και η συμβολή της στη συναισθηματική συμπεριφορά έχουν ποτίσει βαθιά την επιστημονική και όχι μόνο συνείδηση (LeDoux, 1998).

Η δεύτερη περιοχή που εμπλέκεται στο συναίσθημα του φόβου στον εγκέφαλο είναι ο υποθάλαμος, ο οποίος βρίσκεται στη βάση του εγκεφάλου και ρυθμίζει το υποθαλαμο-υποφυσιο-επινεφριδιακό (φλοιός) σύστημα (Kalin, 1997). Αποτελέσματα ερευνών προτείνουν ότι οι παράλληλες φλοιώδεις και υποφλοιώδεις οδοί συμμετέχουν στην αναμετάδοση εκφοβιστικών πληροφοριών κατά τη διάρκεια μιας φοβικής κατάστασης (Davis, 2002). Ο τρίτος δρόμος είναι ο προμετωπιαίος φλοιός, ο οποίος καταλαμβάνει το πρόσθιο τμήμα του μετωπιαίου λοβού. Ο φλοιός αυτός φαίνεται πως αντιπροσωπεύει μια γνωσιακή και συναισθηματική περιοχή του εγκεφάλου και θεωρείται ότι συμμετέχει στη μετάφραση των αισθητηριακών ερεθισμάτων και εικάζεται ότι είναι μια περιοχή όπου γίνεται η αξιολόγηση στο ενδεχόμενο του κινδύνου (Kalin, 1997). Έρευνες προτείνουν ότι κανονικά, οι φλοιώδεις περιοχές χρησιμοποιούνται για την έκφραση μιας φοβικής κατάστασης, αλλά και ότι οι υποφλοιώδεις περιοχές μπορούν να αναλάβουν, σε περίπτωση που ο φλοιός έχει υποστεί βλάβη. Επίσης στοιχεία

δείχνουν ότι εκφοβιστικές πληροφορίες φαίνονται να απαιτούν το νησιωτικό φλοιό, ο οποίος στη συνέχεια τις προωθεί άμεσα στον πλάγιο πυρήνα της αμυγδαλής (Davis, 2002).

Το σύστημα του φόβου, στην αμυγδαλή, εκπορεύεται από τον πλάγιο και κεντρικό πυρήνα της, μέσω της προσθιοκοιλιακής και μέσης υποθαλαμικής περιοχής, προς τη μεσεγκεφαλική φαιά ουσία περί τον υδραγωγό του Sylvius (Kalin, 1997). Φυγή πάγωμα και αυτονομικοί δείκτες του φόβου μπορούν να εκλυθούν κατά μήκος όλης αυτής της πορείας αυτού του συστήματος. Η αμυγδαλή συνδέεται με όλα τα μέρη του πρόσθιου εγκέφαλου συμπεριλαμβανομένων των περιοχών στο φλοιό και τα βασικά γάγγλια στον τελικό εγκέφαλο, με τον θάλαμο και τον υποθάλαμο στον διάμεσο εγκέφαλο, καθώς και με πολλές άλλες αισθητικές, αυτόνομες και συμπεριφοριστικές περιοχές στο μεσεγκέφαλο και στον ισθμό του εγκέφαλου (Petrovich, 2002). Παράλληλα με το κύκλωμα του φόβου που βρίσκεται προς τα πλάγια της αμυγδαλής, προς το μέσο της βρίσκεται και το κύκλωμα της οργής. Αυτά τα δυο κυκλώματα, αν και είναι μάλλον διαχωρισμένα, φαίνεται να συσχετίζονται, γιατί μια από τις λειτουργίες της οργής είναι να ελκύει φόβο στους ανταγωνισμούς και μια από τις λειτουργίες του φόβου είναι να μειώνει την συμπεριφορά οργής ενώπιον σοβαρών αντιπάλων (LeDoux et al., 1990).

Οι Debiec &, Le Doux υποστηρίζουν ότι οι διασυνδέσεις<sup>13</sup> της αμυγδαλής με τα υπόλοιπα συστήματα, για τη ρύθμιση του φόβου, ακολουθεί δυο οδούς. Η πρώτη η "χαμηλή οδός" ή η θαλαμική διάβαση παρέχει στην αμυγδαλή μια γρήγορη αλλά ανακριβή αντιπροσώπευση της αισθητήριας εισαγωγής, ενώ η δεύτερη, η φλοιώδης πορεία ή η "υψηλή οδός" μεταβιβάζει μια πιο σύνθετη αντιπροσώπευση βασισμένη στους φλοιώδεις υπολογισμούς (Debiec &, Le Doux 2004). Μέσω της σύνδεσής της με τον υποθάλαμο, η αμυγδαλή ελέγχει τις αντιδράσεις του αυτόνομου κεντρικού συστήματος (π.χ αύξηση της αρτηριακής πίεσης), ενώ μέσω των συνδέσεών του με τον οπίσθιο εγκέφαλο τους ελέγχει.

μορφασμούς του προσώπου, το «πάγωμα» και άλλες παρόμοιες αντιδράσεις των σκελετικών μυών (Kalat, 1995). Η θαλαμική εισαγωγή στην αμυγδαλή εμφανίζεται να διαδραματίζει έναν ουσιαστικό ρόλο στην επεξεργασία του φόβου στους ανθρώπους, όπως συμβαίνει και στα ζώα. Παρέχει σημαντικές για μας πληροφορίες στην κατανόηση του φόβου. Ενώ η "υψηλή" φλοιώδης διαδρομή θεωρείται γενικά απαραίτητη για το συνειδητό προσδιορισμό των ερεθισμάτων, ο "χαμηλός δρόμος" μεταβιβάζει τραχιές πληροφορίες επαρκείς και κρίσιμες για να προκαλέσουν απαντήσεις φόβου πέρα από τον έλεγχο της συνειδητής συνειδητοποίησης (Debiec &, Le Doux 2004).

---

<sup>13</sup> Ωστόσο, οι πρόσφατες μελέτες της ομάδας του LeDoux για τις συνδέσεις της αμυγδαλής προτείνουν ότι η οργάνωση αυτής της περιοχής εγκέφαλου καθορίζεται όχι στο επίπεδο πυρήνων αλλά στο επίπεδο των υπο-πυρήνων. Παραδείγματος χάριν, οι ανατομικές και φυσιολογικές μελέτες προτείνουν ότι οι ακουστικές πληροφορίες παραλαμβάνονται κυρίως από το ραχιαίο υπο-πυρήνα του πλευρικού πυρήνα και ότι ο διάμεσος υποπυρήνας, που λαμβάνει τις πληροφορίες από τον ραχιαίο υποπυρήνα, προκαλεί τις περισσότερες από τις συνδέσεις της αμυγδαλής του πλευρικού πυρήνα (LeDoux, 1998).

Σύμφωνα με αυτήν την άποψη, πρόσφατες νευροψυχολογικές και την εγκέφαλο-απεικονιστικές μελέτες σε ανθρώπους, έδειξαν ότι ασθενείς με ζημιά στο αμυγδαλοειδές σώμα παρουσιάζουν επιλεκτική εξασθένηση στην αναγνώριση των φοβικών εκφράσεων του πρόσωπου (Adolphs, et all., 1994), και ότι υπάρχει μια σημαντικά αυξανόμενη ροή αίματος στην αμυγδαλή (όπως μετριέται από τη λειτουργική μαγνητική τομογραφία, fMRI) όταν παρουσιάζονται κανονικά θέματα με εικόνες φοβισμένων προσώπων (Morris et all, 1996). Επίσης, βλάβη στην οδό που συνδέει τον κεντρικό πυρήνα της αμυγδαλής με τον οπίσθιο εγκέφαλο, αναστέλλει την επίδραση της εμπειρίας στην αντίδραση αιφνιδιασμού. Ένας επίμυς με τέτοια βλάβη παρουσιάζει αντίδραση αιφνιδιασμού με δυνατούς θορύβους, αλλά δεν εμφανίζει μαθημένες φοβικές αντιδράσεις (Kalat, 1995). Φαίνεται ότι η αμυγδαλή εμπλέκεται και στους δύο τύπους φόβου. Ο LeDoux σε πειράματα με ποντίκια, καθόρισε ότι δύο πυρήνες στην αμυγδαλή είναι ζωτικής σημασίας για την ένωση ενός ακουστικού ερεθίσματος με μια απάντηση φόβου. Ο πλευρικός πυρήνας λαμβάνει τις προβολές από τον ακουστικό θάλαμο και το φλοιό, και ο κεντρικός πυρήνας συντονίζει την απάντηση στα διάφορα συστήματα αντίδρασης (πάγωμα, αύξηση στην πίεση αίματος, κ.λπ.) (Adolphs & Heberlein, 2003).

Στους ανθρώπους, ο ρόλος της αμυγδαλής είναι λιγότερο σαφής. Σε αντίθεση με τα τρωκτικά, οι άνθρωποι διαθέτουν έναν πολύ μεγαλύτερο μετωπιαίο φλοιό και είναι πιθανό ότι αποσπά μερικές από τις λειτουργίες που συσχετίζονται με την αμυγδαλή στα τρωκτικά. Η ζημιά στην αμυγδαλή στους ανθρώπους, εντούτοις, αφορά επίσης, τη ρύθμιση των ελλειμάτων απέναντι στο φόβο, ενώ τα τραύματα στον ιππόκαμπο έχουν αποδειχθεί ότι παρεμποδίζουν τη δηλωτική εκμάθηση και τη βασισμένη στα συμφραζόμενα κατάσταση φόβου (Flor & Birbaumer, 2002).

Βάση αυτής της υπόθεσης, τελευταία το ερευνητικό ενδιαφέρον έχει στραφεί στη συμβολή των μνημονικών διαδικασιών στο φόβο. Μια νέα προοπτική της μνήμης έχει προκύψει από πρόσφατες μελέτες. Σύμφωνα με απόψεις ερευνητών δεν γίνεται ανάκληση της αρχικής φοβικής εμπειρίας, αντίθετα γίνεται ανάκληση της τελευταίας ανάκλησης συναισθημάτων φόβου. Δηλαδή, με άλλα λόγια, επάνω στην λειτουργία της ανάκλησης μια νέα μνήμη διαμορφώνεται. Η ανακάλυψη αυτών των δυναμικών διαδικασιών μπορεί να βοηθήσει να εξηγήσει γιατί η μνήμη είναι τόσο ευάλωτη στην εμπειρία και στο ρόλο ιπποκάμπου (Debiec &, Le Doux, 2004). Οι Behar & Berhie (2008) καταλήγουν ότι τρεις είναι οι παράγοντες κλειδιά στην νευροβιολογία του φόβου α) Ο φόβος ελέγχεται μέσω της αμυγδαλής, που ενεργοποιεί άμεσα την απάντηση του φόβου β) Με το μπλοκάρισμα της "μνήμης φόβου" - η αρχική αιτία ενός δεδομένου φόβου -ο φόβος μπορεί να αποβληθεί και γ) Οι νέες δοκιμές στρέφονται στην εξερεύνηση του εάν και πότε τα φάρμακα μπορούν να αλλάξουν τις συγκεκριμένες, αυτές, μνήμες και τους φόβους που προκαλούν (Behar & Berhie, 2008).



Τέλος αξίζει να προσθέσουμε, ότι παρά την πρόοδο στην κατανόηση της νευροβιολογικής προέλευσης του φόβου στον εγκέφαλο μπορούμε να διατηρήσουμε μια επιφύλαξη για αυτό τον λειτουργικό τεμαχισμό του εγκεφάλου. Άλλωστε όπως υποστηρίζει και ο Kalin όλες αυτές οι περιοχές του εγκεφάλου αλληλεπιδρούν με πολλές άλλες συναισθηματικές περιοχές για τη στάθμιση και τη ρύθμιση μεταξύ πάλης ή φυγής (Kalin, 1997). Αυτές οι απευθείας αλληλεπιδράσεις και συνδέσεις, μπορεί να είναι η βιολογική βάση των προ-γνωστικών συναισθημάτων ή συναισθημάτων που δεν βασίζονται, όμως, σε γνωστικές εκτιμήσεις (Atkinson et al., 2000). Ωστόσο, μπορούμε να νιώθουμε χωρίς πρώτα να χρειάζεται να σκεφτούμε. Επίσης, μπορεί να χρειάζεται ένας διαφορετικός τρόπος διατύπωσης των ερωτημάτων σχετικά με το φόβο ειδικά, αλλά και για τα συναισθήματα γενικότερα. Ενώ είναι σημαντικό να υποβληθούν ερωτήσεις όπως "πόσα συναισθήματα είναι εκεί;" και "ποιος είναι ο δείκτης εγκεφάλου για το φόβο," μπορεί επίσης να είναι σημαντικό να εξεταστεί η δυνατότητα ότι συναισθήματα όπως *ο φόβος, ο θυμός, η θλίψη, η αποστροφή, και η ευτυχία*, δεν αναφέρονται μόνο στους συγκεκριμένους μηχανισμούς στο μυαλό ή τον εγκέφαλο (Barrett, 2006b).

## 2.2 Ο φόβος ως αποτέλεσμα μάθησης

Αν και πολλά στοιχεία δείχνουν ότι η αμυγδαλή είναι το κλειδί για την απόκτηση και την έκφραση των απαντήσεων φόβου (Paré, 2002), κατά την παυλοφιανή αντίληψη το συναίσθημα του φόβου είναι θέμα μάθησης, επιδράσεων του περιβάλλοντος και σύνδεσης ερεθισμάτων με μια φυσιολογία υψηλότερης νευρικής δραστηριότητας (Corr & Perkins, 2006). Το έργο του Ραβλον (1849-1936) πάνω στη διαδικασία της εξάρτησης<sup>14</sup> όρισε ξεκάθαρα τα ερεθίσματα και τις αντιδράσεις και παρείχε μια αντικειμενική μέθοδο των μαθησιακών φαινομένων (Pervin & Jhon, 1997). Σύμφωνα με τις μπιχεβιοριστικές θεωρίες, ο φόβος είναι μια αντίδραση σε ένα ορισμένο ερέθισμα, την οποία κάποτε αποκτήσαμε «μαθαίνοντας». Η αρχική σύλληψη της εκμάθησης του φόβου προήλθε από μια επιδρούσα πειραματική μελέτη των Watson and Rayner (1920), που ενσωμάτωσε την διαδικασία της κλασικής εξαρτημένης του Ραβλον. Ο Watson (1878-1958), μάλιστα απέρριπτε τελείως τον όρο συναίσθημα, διότι δεν δεχόταν παρά, τον όρο συνδέσεις ερεθισμάτων στις νευροφυσιολογικές διαδικασίες του οργανισμού (Watson and Rayner, 1920).

Η έρευνα των Watson και Rayner πάνω στον μικρό Albert, ένα παιδί 11 μηνών είναι πλέον κλασική για την ψυχολογία. Σε αυτή τη μελέτη οι πειραματιστές

---

<sup>14</sup> Το θεμελιώδες χαρακτηριστικό της εξαρτημένης μάθησης του Ραβλον είναι ότι ένα μέχρι πριν ουδέτερο ερέθισμα αποκτά την ικανότητα να προκαλέσει μιαν αντίδραση, επειδή σχετίζεται με ένα ερέθισμα που παράγει αυτόματα την ίδια ή παρόμοια αντίδραση (Pervin & Jhon, 1997).

εκπαίδευσαν το βρέφος να φοβάται ζώα και αντικείμενα που δε φοβόταν πριν. Ανακάλυψαν ότι το χτύπημα ενός σφυριού σε μια αιωρούμενη ατσάλινη ράβδο ξάφνιαζε η φόβιζε το βρέφος. Στη συνέχεια ανακάλυψαν ότι αν χτυπούσαν τη ράβδο πίσω από το κεφάλι του Albert τη στιγμή που προσπαθούσε να πιάσει ένα ποντίκι, άρχιζε να φοβάται το ποντίκι, ενώ δεν είχε αντιδράσει έτσι στο παρελθόν. Μετά από αρκετές επαναλήψεις, οι Watson και Rayner διαπίστωσαν ότι μόλις έδειχναν στον Albert μόνο το ποντίκι (χωρίς τον ήχο), άρχιζε να κλαίει και κατέληξαν ότι ο φόβος του ήταν αποτέλεσμα εξαρτημένης συναισθηματικής αντίδρασης. Εκτός αυτού υπήρχαν αποδείξεις ότι ο Albert άρχισε να φοβάται και άλλα αντικείμενα που έμοιαζαν με το ποντίκι (Watson and Rayner, 1920).

Το κλασικό, αυτό, πείραμα έχει χρησιμοποιηθεί συχνά για να επεξηγήσει τις βασικές αρχές της εξαρτημένης αντίδρασης στο φόβο, της γενίκευσης του φόβου, της επίδρασης πλαισίου στο φόβο, και της εξάλειψης του, σε ένα ανθρώπινο νήπιο. Μια πρώτη χρησιμοποίηση αυτής της προσέγγισης, ήταν από την Jones (1924) να απομακρύνει το φόβο σε συνθήκες εργαστηρίου, στην κλασική περίπτωση του φόβου του Peter για ένα άσπρο κουνέλι (Pervin & Jhon, 1997). Μια πιο σε βάθος κριτική της περίπτωσης του μικρού Albert και της σχετικότητάς της στην κλασική εξαρτημένη μάθηση του φόβου αποκαλύπτεται από τον Harris (1979). Ο Harris απέδειξε ότι η συναισθηματική αντίδραση του Albert δεν ήταν τόσο δυνατή ή τόσο γενική όσο αναμενόταν (Harris 1979).

Ωστόσο, αυτή η εξαρτημένη συναισθηματική αντίδραση, επεκτάθηκε από τη θεωρία των δύο παραγόντων (two-factor theory) του Mowrer (1939) για τον φόβο και συμπεριφορά αποφυγής. Ο Mowrer σε σχέση με το φόβο, υπέθεσε ότι μόλις ένα ουδέτερο αντικείμενο ή μια κατάσταση αποκτήσει ιδιότητες φόβου, στη συνέχεια αναπτύσσει υποκινούμενες ικανότητες. Επίσης, υποστήριξε ότι, η μείωση φόβου μετά από μια συμπεριφορά αποφυγής, λειτουργεί ως ενισχυτής και εξυπηρετεί στο να «μαρκάρει» τη νέα αυτή συμπεριφορά (Mowrer, 1939). Η υποστήριξη για την κλασική εξαρτημένη μάθηση του φόβου έχει προέλθει από διάφορες πηγές. Για παράδειγμα, παρατηρήσεις ατόμων που συμμετέχουν σε πολεμικές αψιμαχίες, έχουν καταδείξει ότι, η τραυματική εμπειρία οδηγεί συχνά στην ανάπτυξη του συναισθήματος του φόβου (Gillepsie, 1945).

Ο Rescorla (1988) υπέθεσε ότι η κρίσιμη πτυχή στη μάθηση του φόβου είναι οι πληροφορίες που ένα ερέθισμα δίνει για ένα άλλο (δηλ., η πιθανότητα - εξαρτημένου (CS) - μη εξαρτημένου (US) ερεθίσματος). Επίσης, αποτελέσματα πλήθους πειραμάτων σε πειραματόζωα φαίνεται να έρχονται σε συμφωνία με τη θεωρία της κλασικής μάθησης (Rachman, 1990). Σύμφωνα με αυτήν την άποψη, μάθηση του φόβου έχουμε μόνο εάν η πιθανότητα των εξαρτημένων ερεθισμάτων στην παρουσία του ανεξάρτητου ερεθίσματος είναι διαφορετική απ' ό,τι στην απουσία του (Bitterman, 2006). Άλλοι θεωρητικοί, αντίθετα, υποστηρίζουν ότι η πιθανότητα αυτή, δεν είναι ούτε

απαραίτητη αλλά ούτε και ικανοποιητική για την εξαρτημένη μάθηση του φόβου. Σε διάφορες μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι μια πλειοψηφία φοβικών ατόμων, εστιάζει στην βιωμένη εμπειρία ως κεντρική δομή στην απόκτηση φόβου τους (Di Nardo et al., 1988).

Εκτός από την παραδοσιακή παυβλοφιανή αντίληψη, ο φόβος μπορεί, επίσης, να αποκτηθεί χωρίς την άμεση διασύνδεση ερεθίσματος αντίδρασης. Παραδείγματος χάριν, ο Mineka και οι συνεργάτες του κατέδειξαν ότι, οι νέοι μακάκοι (πίθηκοι) μαθαίνουν γρήγορα να αποκτούν φόβο στα φίδια απλά και μόνο με την παρατήρηση, ότι ένας άλλος πίθηκος αποκρίνεται φοβικά σε αυτά. Ομοίως, η παρατήρηση ενός άλλου πιθήκου με μη φοβική αντίδραση, μπορεί να αποδειχθεί αποτελεσματική στην αποτροπή απόκτησης αυτού του φόβου, ακόμα και μετά από πρόσφατη έκθεση στα πρότυπα που συμπεριφέρονται φοβικά (Mineka & Zinbarg, 2006). Με άλλα λόγια, ο φόβος μπορεί να αποκτηθεί με την παρατήρηση δύο παρακείμενων γεγονότων: το φίδι και η απάντηση φόβου στο φίδι που εκτίθεται από έναν άλλο πίθηκο. Επιπλέον, ο φόβος μπορεί να αποτραπεί ή να εμποδιστεί μέσω της παρατήρησης, καταδεικνύοντας τη συμμετοχή υψηλότερων γνωστικών διαδικασιών (Hofmann, 2008). Κάτι που ήδη, στο οποίο είχε αναφερθεί και αναπτύξει, πολύ νωρίτερα, ο Bandura με τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης, που τοποθετούσε στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος τη διαμεσολάβηση των γνωστικών διεργασιών, όπως αυτή της αυτεπάρκειας από το άτομο (Bandura, et al., 1977 & Bandura 1983).

Οι θεωρίες μάθησης των φόβων και των φοβιών, εξάλλου, έχουν χαρακτηριστεί από μια καταφανή παραδοξολογία. Αφ' ενός, έχουν εμπνεύσει την ανάπτυξη αποτελεσματικών θεραπευτικών προσεγγίσεων, εκθρονίζοντας τις ψυχαναλυτικές προσεγγίσεις (Wolpe & Rachman, 1960). Αφ' ετέρου αδυνατούν να εξηγήσουν την εμφάνιση φόβων και φοβιών, που δεν δημιουργούνται με βάση την κλασική σύνδεση ουδέτερων και εξαρτημένων ερεθισμάτων (π.χ. ο φόβος στο σκοτάδι). Παρά τις προφανείς δυσκολίες τους, προσφέρουν μια λογική εξήγηση στην απόκτηση του φόβου που επηρεάζει και καθοδηγεί τους επιστήμονες ως σήμερα. Άλλωστε, όλες οι θεωρίες δεν αποτελούν ακαθοδήγητα πλάσματα σε μια θάλασσα ανωμαλιών, και τα ανυπάκουα στοιχεία "δεν πλαστογραφούν" μια θεωρία έως ότου προτείνεται μια εύλογη εναλλακτική λύση (McNally, 2002).

Οι Roulton και Menzies (2002), σε μια προσπάθεια σύνθεσης παλαιών δεδομένων και νέων ευρημάτων, προτείνουν μια τέτοια εναλλακτική λύση. Οι Roulton and Menzies, προτείνουν ότι η συνειρμική εκμάθηση εξηγεί συχνά την εμφάνιση του φόβου που προέρχεται από σύγχρονες απειλές (π.χ., ο φόβος της οδήγησης), ενώ οι μη συνειρμικές διαδικασίες εξηγούν συχνότερα την εμφάνιση των φόβων που έχουν μια εξελικτική σημασία (π.χ., φόβος ύψους) και που είναι πιθανώς ευαίσθητοι στην επανεγκατάσταση μέσω μιας μη ειδικής ψυχοπαιστικής κατάστασης. Οι Roulton και Menzies οδηγούνται σε αυτό το συμπέρασμα αναλύοντας περιπτώσεις φοβίας του νερού σε νεαρά παιδιά. Σε

περίπου 50%–75% των περιπτώσεων, οι γονείς υποστηρίζουν ότι το ύδωρ-φοβικό παιδί τους εξέθεσε τον έντονο φόβο κατά τη διάρκεια της πρώτης επαφής του/της με το νερό (π.χ., στην παραλία ή τη λίμνη)(Poulton & Menzies, 2002). Επειδή δεν υπάρχει τίποτα συγγενές με εξαρτημένο αντανακλαστικό για να εξηγήσει αυτόν τον φόβο, οι συγγραφείς, ερμηνεύουν αυτό το φόβο ως ασυμβίβαστο με την έννοια της σύνδεσης ερεθισμάτων. Ακόμα και ο ανεξήγητος τρόμος, καταλήγουν οι Poulton and Menzies, στην παρουσία των ουδέτερων ερεθισμάτων, σχετίζεται με το τι θεωρείται από τους θεωρητικούς της συμπεριφοράς, ότι πρέπει να λαμβάνεται ως μαθημένη αντίδραση (Poulton & Menzies, 2002).

Επειδή, ο «φόβος» σημαίνει κάτι περισσότερο από έναν δεδομένο τύπο νευρικής δραστηριότητας και εξαρτημένης μάθησης, η έννοια του φόβου δεν είναι αναγώγιμη στη νευρική δραστηριότητα και στην διασύνδεση ερεθισμάτων. Οι ερευνητές στηρίζονται στο αξίωμα για τη βιολογία του φόβου —και την ψυχολογία του φόβου των εξαρτημένων αντανακλαστικών —από τις μελέτες της αμυγδαλής και τους μαθημένους φόβους, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι ο φόβος είναι δραστηριότητα στην αμυγδαλή και απλές συνδέσεις ερεθισμάτων στις νευροφυσιολογικές διαδικασίες του οργανισμού. Δεν είναι απλά αυτή μόνο η έννοια του όρου, δηλαδή, φόβος δεν είναι αναγώγιμος, μόνο, στη βιολογία και στο συμπεριφορισμό.

### **2.3 Γνωστικές προσεγγίσεις του συναισθήματος του φόβου**

Απέναντι στην παντοδυναμία των νευροβιολογικών διαδικασιών και την υπεραπλούστευμένων απόψεων του συμπεριφορισμού, η γνωστική ψυχολογία παραθέτει την έννοια της γνωστικής εκτίμησης. Υποστηρικτές αυτής της άποψης θεωρούν ότι η συναισθηματική αντίδραση σε μια φοβογόνο κατάσταση εξαρτάται από την ερμηνεία που δίνει το άτομο σε αυτή την κατάσταση (Atkinson et al., 2000). Σύμφωνα με αυτό, λανθασμένες και διαστρεβλωμένες σκέψεις προηγούνται της εμφάνισης του φόβου ή τον συνοδεύουν. Οι Schachter & Singer (1962) ήταν οι πρώτοι που υποστήριξαν ότι ένα ίδιο σωματοσπλαχνικό ερέθισμα μπορεί να προκαλέσει διαφορετικά συναισθήματα ανάλογα με τη γνωσιακή αξιολόγηση του ατόμου και με τις περιβαλλοντικές συνθήκες (Βαϊδάκης, 2008).

Διάφοροι γνωστικοί θεωρητικοί έχουν προτείνει ότι οι κακώς προσαρμοσμένες γνωσίες αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στην αιτιολογία και στη συντήρηση του φόβου και υποθέτουν ότι οι άνθρωποι στρέφονται διανοητικά στην απειλή, ως αποτέλεσμα της ενεργοποίησης γνωστικών σχημάτων που σχετίζονται με τον κίνδυνο και την απειλή (Armfield 2006). Οι Kendall and Ingram (1987) καθόρισαν την έννοια σχήμα ως αναπαράσταση της εμπειρίας ή της γνώσης της ζωής ενός προσώπου, που

αποθηκεύεται σε μια συνεκτική δομή και ενεργεί σαν φίλτρο στις αντιλήψεις και σαν οδηγός κρίσεων. Σε περιπτώσεις φόβου, το σχήμα αποτελείται από την αντίληψη ή την αίσθηση της αδυναμίας του ελέγχου, της αδυναμία πρόβλεψης του κινδύνου και μια αίσθηση αποστροφής κατά την αλληλεπίδραση με ένα ιδιαίτερο φοβικό ερέθισμα ή μια ιδιαίτερη φοβική κατάσταση (Kendall and Ingram, 1987).

Ο Kelly (1905-1966) άλλωστε, είχε υποστηρίξει στη θεωρία των προσωπικών ερμηνευτικών κατασκευασμάτων, ότι τα άτομα δεν επιδιώκουν την συνέπεια για τη συνέπεια, αντίθετα επιδιώκουν την πρόβλεψη των γεγονότων, πράγμα, που επιτρέπει μόνο ένα σύστημα το οποίο έχει συνέπεια. Για τον Kelly, νιώθει κανείς φόβο μόνο όταν μια καινούργια νοητική κατασκευή προσπαθεί να ενταχθεί στο ήδη διαμορφωμένο σύστημα των νοητικών κατασκευών (Pervin & Jhon, 1997). Με άλλα λόγια, ο φόβος συνδέεται στενά με την εμπειρία της απειλής. Για παράδειγμα, κάποιος φοβάται την αρρώστια αν νομίζει ότι τον πλησιάζει και αν αυτή επιφέρει αλλαγές στην οργάνωση του νοητικού του συστήματος. Η αρρώστια δεν θεωρείται απειλητική όταν δεν φαίνεται να πλησιάζει και όταν δεν ερμηνεύεται ως θεμελιώδης για το νόημα της ζωής κάποιου (Pervin & Jhon, 1997).

Μια από τις σημαντικότερες, επίσης, γνωστικές θεωρίες γύρω από το συναίσθημα του φόβου, έχει υποβληθεί από τον Bandura (1977,1983). Κατά τον Bandura και τους συνεργάτες του, η αντίδραση σε ένα φοβικό ερέθισμα συναρτάται των πεποιθήσεων αυτό-αποτελεσματικότητας<sup>15</sup> (Bandura et all., 1977). Σε σχέση με το φόβο υποστηρίζεται ότι η αυτό- αποτελεσματικότητα ενός προσώπου στην εκτέλεση μιας δράσης σχετικής με το φοβικό ερέθισμα, είναι ένας σημαντικός αιτιώδης παράγοντας στη δυνατότητα να εκτελεσθεί πραγματικά αυτή η δράση. Με άλλα λόγια, ένα άτομο μπορεί να εστιάσει στην ανικανότητα του, αντί να προσανατολιστεί στο τι μπορεί να γίνει για να αντιμετωπίσει έναν επερχόμενο κίνδυνο (Bandura et al., 1977, Bandura, 1983). Αν και διάφορες μελέτες υποστηρίζουν την θεωρία τελευταία θεωρείται ότι αντιπροσωπεύει μια ανεπαρκή σύλληψη της γένεσης των φόβων και των φοβιών (Armfield 2006).

Οι Foersterling και Morgenstern (2002) υποστηρίζουν πως μόνο μια ρεαλιστική αντίληψη των ικανοτήτων μας είναι πραγματικά βοηθητική, διότι κατά αυτόν τον τρόπο οι άνθρωποι επιλέγουν που να εστιάσουν την προσοχή τους και την προσπάθειά τους, πράγμα που βελτιώνει την αντίδραση απέναντι σε μια φοβογόνο κατάσταση. Κατά συνέπεια η αισιόδοξη άποψη της αυτό-αποτελεσματικότητας είναι σημαντική εφόσον το άτομο εκτιμήσει ορθά τους παράγοντες που είναι κάθε φορά υπεύθυνοι για τα αποτελέσματα της συμπεριφοράς και της δράσης του απέναντι στο φόβο (Foersterling &

---

<sup>15</sup> Η αυτό- αποτελεσματικότητα αναφέρεται στις προσωπικές κρίσεις, σχετικά με το πόσο καλά πιστεύει ένα πρόσωπο, ότι μπορεί να εκτελέσει ειδικές συμπεριφορές σε ιδιαίτερες καταστάσεις (Bandura, 1977). Η αυτό-αποτελεσματικότητα, ή η αντιληπτή δυνατότητα ενός προσώπου να εκτελεί συγκεκριμένα, αποτελεσματικά σχέδια δράσης, καθώς επίσης και να εκφράζει προσδοκίες για τις πιθανές εκβάσεις τέτοιων ενεργειών, είναι σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες αυτής της δράσης (Bandura, 1977).

Morgenstern 2002). Για παράδειγμα, σε στιγμές φοβικής έντασης, ένας μη ρεαλιστικός τρόπος κατακλύζει το άτομο με αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα («ω θα γίνω ρεζίλι», «θα αποτύχω», «θα πεθάνω» κ.α).

Μια άλλη έννοια που συνδέεται στενά με την αυτό-αποτελεσματικότητα, κατά τη γνωστική ψυχολογία είναι η αυτό-ρύθμιση και αφορά την ικανότητα του ατόμου να παρακολουθεί και να τροποποιεί και να ελέγχει τη συμπεριφορά του, το γινώσκειν και το συναισθημά του, καθώς και το περιβάλλον του (Niemi-virta, 2002). Οι Beck και Emery, το 1985, είχαν τονίσει, άλλωστε, ότι μια αναστάτωση στις ρυθμιστικές λειτουργίες του γνωστικού συστήματος, από το ερέθισμα μπορεί να οδηγήσει ένα άτομο να ερμηνεύσει, αδιακρίτως, ένα περιβαλλοντικό γεγονός ως επικίνδυνο και να γεννήσει το συναισθημα του φόβου. Επιπρόσθετα, οι ίδιοι, υποστηρίζουν ότι ένα από τα βασικά συστατικά αυτής της ερμηνείας είναι η ενίσχυση του ποσού κινδύνου και του βαθμού ζημιάς στη φοβική κατάσταση (Armfield, 2006). Η κεντρική ιδέα, των παραπάνω θεωρητικών, αποκαλύπτει ότι τόσο οι φόβοι, όσο και οι φοβίες προκύπτουν από μια συστηματικά προκατειλημμένα και εσφαλμένη ερμηνεία του κινδύνου που συνδέεται με ένα ερέθισμα. Είναι πιθανό, έτσι, τα άτομα να αναπτύξουν και πρόσθετες δυσλειτουργικές γνωστικές διαδικασίες όπως, παραδείγματος χάριν, μια μόνιμη ανησυχία για τις επερχόμενες απειλές (Pervin & Jhon, 1997).

Με βάση τη διαθέσιμη βιβλιογραφία, προτείνεται ότι οι κοινοί φόβοι, μπορούν χρήσιμα να ερμηνευθούν από την άποψη των αντιλήψεων για τον κίνδυνο, της αποστροφής, τη μη προβλεψιμότητα, και την αδυναμία ελέγχου που συνδέονται με τα φοβικά ερεθίσματα (Armfield, 2006). Αυτές οι μεταβλητές, φαίνεται να «οργανώνουν» κατά μία έννοια, την αντίληψη, με γραμμικό τρόπο, για ένα ερέθισμα και των σχετικών με το φόβο διαστάσεων και, επιπλέον, μπορούν να θεωρηθούν ότι περιλαμβάνουν ένα σχετικό με το φόβο σχήμα ευπάθειας. Οι De Jong και and Muris (2002), για παράδειγμα, διαπίστωσαν ότι μετά από τον έλεγχο της αντιληπτής αποστροφής για τις αράχνες, οι πεποιοθήσεις των συμμετεχόντων ότι θα τους προκαλούσε βλάβη μια αράχνη, δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Ένα αυξανόμενο σώμα ερευνών, προσανατολίζεται στο να βεβαιώσει τη σχέση μεταξύ του φόβου και της ευαισθησίας της αποστροφής (*sensitive disgust*) προς το ερέθισμα που παρουσιάζει ένα άτομο (Woody et al., 2005).

Μια άλλη διαδικασία που μπορεί να θεωρηθεί σχετική με την αντίληψη ερεθισμάτων και την ενεργοποίηση του αυτόματου σχήματος ευπάθειας είναι μια ελεγχόμενη, γνωστική επεξεργασία του ερεθίσματος και η γενική σημασία που έχει αυτό, για το άτομο (Armfield, 2006). Η γενική γνωστική αξιολόγηση αντιπροσωπεύει την τελική σειρά των διαδικασιών πριν τη συνειδητή απάντηση των ατόμων, η οποία περιλαμβάνει ένα κράμα συνειδητών, ημι-συνειδητών και ασυναισθητων αξιολογήσεων. Κατά συνέπεια, αυτή η γνωστική επεξεργασία φαίνεται να επηρεάζεται, από την ίδια την αίσθηση της ευπάθειας, που οδηγεί τελικά σε μια αυτόματη συναισθηματική αντίδραση

(Armfield, 2006). Είναι πιθανό, επίσης, ότι η γνωστική αξιολόγηση ενός φοβογόνου ερεθίσματος να συνοδεύεται με μια προηγούμενη αντίδραση στο ίδιο ερέθισμα. Ένα πρόσωπο, δηλαδή, που εκθέτει μια στιγμιαία αντίδραση φόβου σε ένα ερέθισμα, είναι πιθανό να εκφράσει διάφορες γνώσεις, οι οποίες να ερμηνεύουν, στη συνέχεια, αυτή την συγκεκριμένη απάντηση στο φόβο (Folkman & Lazarus, 1988).

Άλλες σημαντικές πηγές επιρροής, αναφέρει ο Armfield (2006) στη γενική γνωστική αξιολόγηση είναι γνωστικοί παράγοντες όπως τα σφάλματα της προσοχής και της μνήμης, η αρνητική εστίαση στον εαυτό, τα πρότυπα των φοβικών αυτο-δηλώσεων, και οι αυτόματες σκέψεις. Υποτίθεται ότι αυτές οι διάφορες γνωστικές διαδικασίες, μπορούν να έχουν συνέπειες στη γενική γνωστική αξιολόγηση, με τη διαστρέβλωση των πληροφοριών που φθάνουν και που περιλαμβάνονται, τελικά, μέσα στο σύστημα επεξεργασίας πληροφοριών. Είναι αποδεκτό ότι, τουλάχιστον μερικές από αυτές τις γνωστικές διαδικασίες συσχετίζονται με κάποια επίδραση στην αυτόματη συναισθηματική αντίδραση απέναντι στο φόβο. Αυτό μπορεί, άλλη μια φορά, να γίνεται μέσω των σφαλμάτων των πληροφοριών σε σχέση με το φοβικό ερέθισμα (Armfield, 2006).

#### **2.4 Ο φόβος και η ψυχαναλυτική οπτική**

Με οποιονδήποτε τρόπο και να «διαβάσουμε» το φόβο, ένα είναι σίγουρο· ο φόβος συσχετίζεται στενά με θεμελιώδεις πτυχές της ψυχικής φύσης μας. Ίσως η ψυχανάλυση έχει κάνει τα περισσότερα για να μας δώσει μια διορατικότητα στο θέμα του φόβου (Roalfe, 1929). Ο Freud εισήγαγε, άλλωστε και την ιδέα της κατάστασης του κινδύνου (Stolorow 2006). Αν και παραδοσιακά στην ψυχανάλυση γίνεται μια τακτοποιημένη διάκριση μεταξύ του φόβου και του άγχους, ένα τέτοιος διαχωρισμός δείχνει να προδίδει την επικαιρότητα. Διότι δεν υπάρχει κανένας εξωτερικός κίνδυνος χωρίς την εσωτερική σημασία ή εσωτερική σύγκρουση ανεξάρτητη από την ανθρώπινη συνεκτικότητα (Poland, 2006). Μιλάμε για φόβο θανάτου όπως και για άγχος θανάτου, χωρίς να μπορούμε να ξεχωρίσουμε εύκολα αυτές τις δύο έννοιες (Riemann, 1994).

Κατά τον Freud, ο φόβος είναι ένα Affekt. Με τον όρο, αυτό, ο Freud, θέλησε να υποδηλώσει κάθε συναισθηματική κατάσταση, δυσάρεστη ή ευχάριστη, αόριστη ή συγκεκριμένη, είτε αυτή εμφανίζεται υπό τη μορφή μιας μαζικής εκφόρτισης είτε ως γενική διάθεση. Για τον Freud κάθε ενόρμηση εκφράζεται και στα δύο επίπεδα του συναισθήματος και της αναπαράστασης. Το συναίσθημα είναι η ποιοτική έκφραση της ποσότητας της ενορμητικής ενέργειας και των παραλλαγών της (Laplanche & Pontalis, 1986). Στο φροϋδικό έργο η φοβική νεύρωση, για παράδειγμα, επενδύεται δευτερογενώς σε ένα υποκατάστατο αντικείμενο και αυτό είναι μια συμβολική ψυχική διεργασία, μια μετάθεση του λακανικού σημαίνοντος, που αναπαριστά την πρωτογενή

τραυματική εμπειρία. Ο φόβος συνιστά κατά κάποιο τρόπο τον προσωπικό μύθο του νευρωσικού υποκειμένου (Dethy, 2000).

Η ψυχοδυναμική αντίληψη βεβαιώνει ότι ο φόβος προέρχεται από ασυναίσθητες λιβιδινικές συγκρούσεις και τραυματικές εμπειρίες (Burgham et all.,2006). Ο Freud, πολύ νωρίς, ήρθε αντιμέτωπος με την αληθινή φύση του προβλήματος του φόβου. Στις μελέτες του διαπίστωσε ότι αμετάβλητα, οι φόβοι και οι ανησυχίες των ασθενών του, αφορούσαν πράγματα που δεν δικαιολόγησαν καθόλου τις αντιδράσεις τους (Roalfe,1929 ). Στο έργο του, *Αναστολή Σύμπτωμα Και Άγχος*, (1926) εισάγει την έννοια του άγχους<sup>16</sup>, και υποστηρίζει ότι είτε ως αυτόματο φαινόμενο συναισθηματικής διακινδύνευσης (automatic angst), είτε ως άγχος (φόβος) μπροστά σε πραγματικό κίνδυνο (Realangst), αποτελεί προϊόν μιας ψυχικής απόγνωσης, η οποία αντανάκλα τη βιολογική απόγνωση του οργανισμού (Freud, 1926). Ο όρος αυτόματο άγχος υποδηλώνει έναν τύπο αντίδρασης και δεν προδικάζει την εσωτερική ή εξωτερική προέλευση των τραυματικών διεγέρσεων. Η συνήθως γενικά αποδεκτή αντίθεση στο φόβο (Realangst), που θεωρείται ότι έχει συγκεκριμένο αντικείμενο, και στο άγχος, που ορίζεται από την απουσία αντικειμένου, δεν διασταυρώνεται πλήρως με τις φροϋδικές διακρίσεις (Laplanche & Pontalis, 1986).

Μπορούμε να υποθέσουμε, λοιπόν, ότι ο Freud είδε μια συγγένεια του ενός φόβου με τον άλλον. Και οι δύο αποτελούν αντίδραση σε ένα κίνδυνο και ένα σύνθημα για φυγή. Για τον Goldstein, μάλιστα, ο φόβος είναι δεν είναι τίποτα άλλο από το φόβο της εισβολής του άγχους. Όταν ο αυξανόμενος φόβος γίνει τελικά άγχος, ο Goldstein υποστηρίζει ότι συμβαίνει μια ποιοτική αλλαγή – δηλαδή, μια αλλαγή στην αντίληψη μιας απειλής που προέρχεται από ένα συγκεκριμένο αντικείμενο σε μιαν ανησυχία που πολιορκεί όλη την προσωπικότητα έτσι ώστε το άτομο βιώνει ότι απειλείται η ίδια η ύπαρξή του (May, 1999).

Πρόσφατα, ο Stolorow (2006) υποστηρίζει ότι, ο Freud μας χάρισε μια οντογενετική ακολουθία των καταστάσεων που προκαλούν φόβο, που αποκαλύφθηκε στη θεωρία του, για την ψυχοσεξουαλική ανάπτυξή του ατόμου: Ψυχική ανικανότητα, απώλεια του αντικειμένου αγάπης, απώλεια της αγάπης του αντικειμένου, ευνουχισμός<sup>17</sup>, και επίθεση από το Υπερεγώ (superego). Αυτό που προκαλεί ιδιαίτερη εντύπωση, σε αυτό, είναι μια συνεχής μετατόπιση των καταστάσεων κινδύνου, που ενέχει μια διχοτομία του ενδοψυχικού εναντίον του διαπροσωπικού, ή του εσωτερικού εναντίον του εξωτερικού κινδύνου. Το Εγώ αντιδρά με αισθήματα φόβου, όταν

---

<sup>16</sup> Στο έργο του ο Freud κατατάσσει το άγχος σε δυο κατηγορίες α) άγχος μπροστά σε πραγματικό κίνδυνο, το οποίο εμφανίζεται ως αντίδραση στην αντίληψη ενός εξωτερικού κινδύνου και ως έκφραση της ενόρμησης της αυτοσυντήρησης και β) το νευρωτικό άγχος, το οποίο εμφανίζεται όταν το εγώ αντιδρά στον εσωτερικό κίνδυνο σαν να είναι εξωτερικός (Laplanche & Pontalis, 1986).

<sup>17</sup> Εδώ ο Freud αναφέρεται στην περίπτωση του μικρού Χανς και στην ανάπτυξη της φοβίας του για τα άλογα. Ο Freud ερμήνευσε αυτή τη φοβία ως προβολική έκφρασης της επιθυμίας και του φόβου του ευνουχισμού από τον πατέρα, στα πλαίσια μιας οιδιποδικής σύγκρουσης του μικρού αγοριού απέναντι στις φανασιωτικές επιθυμίες αφανισμού του πατέρα και συνένωσης με τη μητέρα (Pervin, 1997).



αντιλαμβάνεται ότι υπολείπεται των απαιτήσεων που θέτει το ιδανικό του, το Υπερεγώ (Freud, 1914). Η αρχική ωστόσο, ανικανότητα απέναντι σε μια φοβική κατάσταση, παρά τη συντριπτική ενστικτώδη ένταση είναι πλήρως εσωτερική (Stolorow, 2006). Για παράδειγμα, εκτιμώντας ότι ο ευνουχισμός εμφανίζεται να είναι ένας διαπροσωπικός κίνδυνος, στη φροϋδική θεωρία ο φόβος του ευνουχισμού θεωρείται συχνά ως αποτέλεσμα της προβολής των εσωτερικών εχθρικών επιθυμιών του αγοριού να ευνουχίσει τον πατέρα. Τέλος, με το φόβο του υπερεγώ είναι σαν να κλείνει ο κύκλος και η φοβική κατάσταση είναι άλλη μια φορά πλήρως εσωτερική (Stolorow, 2006).

Η ψυχοδυναμική θεωρία, εξάλλου, υποστηρίζει ότι η πρόωρη εκμάθηση των συναισθηματικών καταστάσεων οδηγεί σε ισχυρή εκμάθηση με μακράς διάρκειας αποτελέσματα. Αυτές οι πρώιμες εμπειρίες εμφανίζονται σε ένα συναισθηματικό πλαίσιο μιας ενδοψυχικής ή διαπροσωπικής σύγκρουσης γεμάτης με αρνητικές συγκινήσεις (Izard, 2002). Κατά τον Hiram, ο φόβος περιλαμβάνει, πάντα, κάποια αίσθηση του αντικειμένου (Hiram, 1894). Το συναίσθημα του φόβου, δηλαδή, καθλώνεται<sup>18</sup> (*cathexis*), με τα εμφανή χαρακτηριστικά γνωρίσματα της εμπειρίας, αυτού του συναίσθηματος, στα πρόσωπα, στα γεγονότα, και στις περιστάσεις (Marcus, 2003). Άπαξ και διαμορφωθεί ελέγχει τις αντιδράσεις, τους προσανατολισμούς, τις διαθέσεις και την συμπεριφορά μας, προς αυτά τα αντικείμενα, είτε ευνοϊκά, είτε δυσμενώς. Ο συναισθηματικός δεσμός με το φόβο, μόλις διαμορφωθεί, καθορίζει αυτά τα αντικείμενα στη μνήμη, όπου παραμένουν, εκτός, αν μέσω μιας επίμονης και συχνά συνεχούς προσπάθειας αυτή η σύνδεση ραγεί, δηλαδή να τεθεί σε λειτουργία η διαδικασία της αντικάθεξης (*decathexis*) (Marcus, 2003).

Με άλλα λόγια το συναίσθημα του φόβου μπορεί να είναι αποτέλεσμα μιας τραυματικής κατάστασης<sup>19</sup> και προσκόλλησης στο φοβικό. Το τραύμα είναι η κατάσταση που δημιουργείται όταν δεν υπάρχει άγχος για να εμφανιστεί η λειτουργία της άμυνας. Οι τραυματικές νευρώσεις (π.χ πόλεμος, βιασμός) προέρχονται από το γεγονός της επίθεσης που δέχεται το υποκείμενο, το οποίο δεν έχει χρόνο όχι μόνο να αμυνθεί, αλλά ούτε και να νιώσει άγχος, δηλαδή να προβλέψει τον κίνδυνο (Freud, 1920). Όπως με το φόβο (μια προσωρινή αλλά ανάλογη κατάσταση), έτσι και το τραύμα επαναπροσανατολίζει το βίαιο γεγονός επάνω στις ίδιες πληροφορίες, και αποτρέπει την επεξεργασία τους, επιδιώκοντας έτσι την παραμονή του (Jones, 2005). Για πολλούς σύγχρονους ψυχαναλυτές, το τραύμα αναφέρεται σε μια γενικότερη αντίδραση στις ενδοσυγκρούσεις, η πηγή των οποίων μπορεί να είναι είτε εσωτερική είτε εξωτερική

---

<sup>18</sup> Ως καθήλωση (*cathexis*), ορίζεται το φαινόμενο κατά το οποίο ένα πόσο λιβιδινικής ενέργειας παραμένει επενδεδυμένο στη μετέπειτα ζωή σε αντικείμενα, σχέσεις, τρόπους ικανοποίησης της παιδικής ηλικίας. Ως αντικάθεση ορίζεται η διαδικασία αποεπένδυσης- αποδέσμευσης του καθηλωμένου αυτού πόσου ενέργειας (Laplanche & Pontalis, 1986).

<sup>19</sup> Ως «τραυματική κατάσταση» ο Freud όρισε την κατάσταση εκείνη κατά τη διάρκεια της οποίας το ψυχικό όργανο κατακλύζεται από μια ανεξέλεγκτη εισροή πολυάριθμων και έντονων ερεθισμάτων που δεν μπορεί να ελέγξει (Laplanche & Pontalis, 1986).

και, επομένως, ενέχει περισσότερο την έννοια του σήματος, παρά την έννοια του κινδύνου (Naso, 2008).

Ο Γερμανός ψυχαναλυτής, Riemann (1994), υποστηρίζει ότι η αρχαϊκή μορφή του φόβου είναι η δυσαρέσκεια, στην πρώιμη περίοδο της ζωής μας. Στην ηλικία αυτή, ο φόβος προκαλείται από έντονες απογοητεύσεις, όπως η πείνα, το κρύο και ο πόνος, από υπερφόρτωση των αισθητηρίων οργάνων, από απώλεια της ατομικότητας λόγω υπερβολικής οικειότητας και παρεμβολής τρίτων ή από μοναξιά. Ο φόβος, κατά αυτή την έννοια, παίρνει τη μορφή μιας έντονη δυσθυμίας και εκφράζεται με επιθετικές τάσεις. Κάθε φορά που θα θελήσουμε να αναζητήσουμε την επιθετικότητα στις απαρχές της δημιουργίας της, είναι σίγουρο πως θα συναντήσουμε εκεί το φόβο (Riemann, 1994).

Θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι το συναίσθημα του φόβου εκπορεύεται από αρχαϊκές φαντασίες εκμηδενισμού και αρχαϊκών φόβων απώλειας του αντικειμένου. Κάτι που αναπτύσσει η Melanie Klein (1882–1960) μιλώντας για την υπόθεση ενός «φόβου» εκμηδένισης που προκύπτει από την προβολή της επιθετικότητας πάνω στον διώκτη του νεαρού υποκειμένου και συνιστά την παρανοειδή θέση, που εξαμολύει ένα διωκτικό άγχος και φόβο αφανισμού (Chodorow, 2002). Ο φόβος της απώλειας (αγάπης, αντικειμένου), αντίθετα, πυροδοτεί το εγώ και αναδεικνύεται σε μια καθολική φοβική κατάσταση που οδηγεί σε καταθλιπτική θέση το μικρό υποκείμενο. Το δίπολο αυτό είναι ένα πέρασμα από το άγχος στην ενοχή και από την επιθετικότητα στο φόβο (Chodorow, 2002).

Ακολουθώντας, τη M. Klein, ο Bion και ο Winnicott θα μιλήσουν για προβολή καταστροφικών ενορμήσεων ο πρώτος και για ελλειείς αναμνήσεις ο δεύτερος, οι οποίες έρχονται να συναντήσουν ένα αναδυόμενο Εγώ, απροετοίμαστο να υποστεί την τραυματική εμπειρία (Potamianou, 2001). Είναι ευνόητο ότι μεγάλους φόβους, που ξεπερνούν τα όρια της αντοχής, συναντά κανείς στην παιδική ηλικία. Το αδύναμο, εξελισσόμενο Εγώ του παιδιού αδυνατεί να αντιμετωπίσει μια μεγάλη ποσότητα φόβου. Χρειάζεται τη βοήθεια άλλων, διότι αν μείνει μόνο του, κάτω από την επίδραση τέτοιων φόβων, σίγουρα θα τραυματιστεί ψυχικά (Riemann, 1994). Κλείνοντας, είναι σημαντικό σε αυτό το σημείο να τονίσουμε, πως ανεξάρτητα με τη διαμάχη των θεωριών για την πρωτοκαθεδρία στο συναίσθημα του φόβου, όλες συγκλίνουν στο ίδιο γεγονός. Τελικά ο φόβος δεν είναι μια απλή συναισθηματική εμπειρία, αλλά μια σύνθετη βιο-ψυχολογική διαδικασία πολυποίκιλη και πολυπρόσωπη, που εμφιλοχωρεί στην ανθρώπινη ύπαρξη και ως τέτοια πρέπει να αντιμετωπίζεται. Εντούτοις, είναι σημαντικό να αναγνωρισθεί ο κεντρικός τρόπος με τον οποίο ο φόβος διαφέρει από άλλα συναισθήματα. Διότι, μοιάζει να είναι εγγεγραμμένο στην ύπαρξή μας και στη βασική μας βιολογία, να διαγράφουμε και να αποκρούουμε ότι μας προκαλεί φόβο (Poland, 2006).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΦΟΒΟ

---

*"There is no hope unmingled with fear."*

Spinoza, *Ethics*

#### 3.1 Το πρόσωπο και οι μορφές του φόβου

Σε έναν περί φόβου λόγο, το δύσκολο δεν είναι να απαντήσουμε στο «**γιατί φοβόμαστε;**» αλλά στο «**τι φοβόμαστε;**». Το φαινόμενο του φόβου ποικίλει από άτομο σε άτομο και πρακτικά δεν υπάρχει τίποτα που να μην μπορεί να προκαλέσει φόβο (Riemann, 1994). Ο William James (1983) είχε χαρακτηρίσει το φόβο ως το πιο «χονδροειδές» από όλα τα συναισθήματα (Hollander 2004). Ποιο είναι λοιπόν το πρόσωπο του φόβου; Επιστήμονες, φιλόσοφοι και συγγραφείς, χύνουν άφθονο μελάνι σε μια ατέρμονη προσπάθεια να τον προσδιορίσουν. Ωστόσο, στο σημείο αυτό είναι ανάγκη να τονίσουμε δύο πράγματα. Πρώτον, το ανεξάντλητης ποικιλομορφίας πολύπτυχο του φόβου, που ούτε χρόνο έχει, ούτε ηλικία, ούτε τόπο και δεύτερον, το γεγονός ότι κάθε άτομο αναπτύσσει τη δική του σχέση με το φόβο, έντονα κυμαινόμενη σε βάθος και έκταση, βιώνει με άλλα λόγια μια «ιδιόλεκτη φοβική μυθολογία» (Μπουλώτης, 2006).

Η δομή ή οι σημαντικοί τύποι φόβων έχει καθοριστεί με ποικίλους τρόπους, ο πιο κοινός των οποίων είναι μια post-hoc εννοιολογική ταξινόμηση των αναφερόμενων φόβων. Στις εννοιολογικές ταξινομήσεις, οι κυρίαρχες κατηγορίες έχουν περιλάβει το σωματικό τραυματισμό, τις προσωπικές σχέσεις, τα ζώα, το φυσικό κίνδυνο, το σχολείο, τις οικονομικές και πολιτικές καταστάσεις, τα υπερφυσικά και φυσικά φαινόμενα (Gullone, 2000). Ο Hollander σε ένα άρθρο του με τίτλο «ο Φόβος Ο Ίδιος », προσπαθεί να τον σχηματοποιήσει μέσα από διαφορετικές οπτικές, χωρίς ωστόσο, καμία συστηματική ταξινόμηση. Μιλά για τους πολύ προσωπικούς μέχρι και τους συλλογικούς/ κοινωνικούς φόβους. Μιλά για το φόβο του Πόνου, για το φόβο του Θανάτου, για το φόβο της Απώλειας Της Ελευθερίας, για το φόβο της Τιμωρίας, για το φόβο της «αλλαγής», για το φόβο του ύψους, για το φόβο χωρίς «όνομα», για το φόβο στα όνειρα και φυσικά για τον «φόβο τον ίδιο» (Hollander 2004). Πολλοί από αυτούς τους φόβους είναι παλιοί που χάνονται στα βάθη των αιώνων, άλλοι είναι καινούργιοι που τους κατασκευάσαμε μόνοι μας, άλλα ένα είναι σίγουρο μια ατμόσφαιρα φόβου κυριαρχεί παντού (Kelsall, 2007).

Μια άλλη σημαντική διάκριση που γίνεται, συνήθως, είναι αυτή ανάμεσα στον «φυσιολογικό» φόβο (κοινοί φόβοι) και στον μη «φυσιολογικό» φόβο (παράλογοι

φόβοι). Ο φόβος, όταν ορίζεται ως μια κανονική αντίδραση σε μια πραγματική ή φανταστική απειλή, έχει προσδιοριστεί ως χωριστό φαινόμενο από τον κλινικό φόβο ή τη φοβία (Gullone & King, 1993). Ο Jeffrey Gray (1987), σε μια προσπάθεια κατηγοριοποίησης των ερεθισμάτων που προκαλούν φόβο, πιστεύει ότι όλα τα ερεθίσματα μπορούν να διαχωριστούν σύμφωνα με α) την έντασή τους, β) το πόσο άγνωστα και απροσδόκητα μας είναι γ) το αν είναι ερεθίσματα που έχουν «καταγραφεί» μέσα από την εξέλιξη του ανθρώπινου είδους ως επικίνδυνα και δ) το αν προέρχονται από την κοινωνική μας ζωή (Gray, 1987). Συχνά εξετάζουμε τους φόβους κάποιου άλλου, αυτό που οι Άγγλοι αποκαλούν το «φόβο του άλλου» (the fears of another) και με τέτοιου είδους ενέργειες προσπαθούμε να διακρίνουμε μεταξύ των λογικών και παράλογων φόβων. Για τα παιδιά, εν παραδείγματι, όλοι οι φόβοι είναι λογικοί, και όμως πολλοί φόβοι των παιδιών είναι παράλογοι για μας: το παιδί μπορεί ακόμη και να έχει μάθει τη γραμματική του αιτίου και του αιτιατού, αλλά όχι την εμπειρική ουσία (Hollander 2004).

Ο Goodwin (1986), θεωρεί ότι μερικοί φόβοι είναι έμφυτοι, οι οποίοι ακολουθούν ένα είδος βιολογικού χρόνου, ενώ κάποιο άλλοι είναι αποτέλεσμα μιας επίκτητης διαδικασίας (Goodwin 1986). Για παράδειγμα, το βρέφος σε ηλικία έξι μηνών αρχίζει να φοβάται τους δυνατούς θορύβους, ενώ στην ηλικία τριών ετών αναπτύσσει φόβο στους ξένους (Sroufe, 1995). Επίσης, σύμφωνα με τον Goodwin, ο ίδιος χρόνος εμφάνισης κάποιων μορφών φόβου, διαπολιτισμικά, φαίνεται να παραπέμπει σε βιολογικούς παράγοντες. Διαπίστωσε, εν συνεχεία, την ύπαρξη οκτώ μορφών φόβου, στους οποίους οι έμφυτοι παράγοντες δείχνουν να παίζουν βασικούς ρόλους: α) το φόβο στο σκοτάδι, β) το φόβος στους ξένους γ) το φόβο θανάτου ή ακρωτηριασμένων μελών δ) το φόβο στα φίδια ε) το φόβο στα σκοτεινά δάση στ) το φόβο του ύψους ζ) το φόβο παρακολούθησης και το φόβο στο καινοφανές (Goodwin 1986).

Αντιλαμβανόμαστε, λοιπόν, ότι κάποια ερεθίσματα ή ο τρόπος που εκτιθέμεθα σε αυτά μας προκαλούν διάφορα είδη φόβου, δηλαδή κατά κάποιο τρόπο είμαστε «κατασκευασμένοι», ούτως ή άλλως να φοβόμαστε. Διάφοροι παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της ηλικίας, του φύλου, και του κοινωνικοοικονομικού υποβάθρου, μπορούν επίσης να επηρεάσουν το είδος του φόβου και τις φοβικές απαντήσεις σε αυτόν (Taylor, 1993). Ο Hollander (2004) υποστηρίζει ότι έχουμε υποδείξει παραδοσιακά το φόβο διάφορων ειδών: παραδείγματος χάριν, κάνουμε διάκριση ανάμεσα στον οξύ (τρόμος) και στο χρόνιο φόβο (φόβος που εμμένει), στον προσωπικό και συλλογικό φόβο. Ο οξύς φόβος βιώνεται συνήθως πιο έντονα, και για μικρότερες χρονικές περιόδους, από ότι ο χρόνιος φόβος. Αλλά ανάμεσα σε αυτούς τους φόβους υπάρχει μια διαφορά: η παραγωγή του οξέως φόβου δεν ακολουθείται πάντα από στρατηγικές, σε αντίθεση με τον χρόνιο φόβο που ενσταλάζεται μέσω στρατηγικών (Hollander 2004).

Το πιο εντυπωσιακό εύρημα σχετικά με την εξέταση της δομής του φόβου είναι η λεγόμενη «συντριπτική σταθερότητα» (overwhelming consistency). Κρυμμένες κάτω από τους συχνότερα εμφανιζόμενους παράγοντες που προκαλούν φόβο, ανευρίσκονται οι διαστάσεις σχετικά με την κοινωνική απόρριψη (δηλ., αποτυχία και κριτική), το θάνατο και τον κίνδυνο (ζημία ιστού), τα ζώα, την ιατρική περίθαλψη, την ψυχική πίεση, και το φόβο του άγνωστου (αγοραφοβικοί φόβοι) (Gullone, 2000). Αυτές οι διαστάσεις του φόβου έχουν λάβει μια περαιτέρω υποστήριξη από μια διαδικασία επανεξέτασης που διεξάγεται από Arrindell και τους συναδέλφους του. Πάνω από 90% των 194 πρωτοαναφερθέντων παραγόντων που προσδιορίστηκαν ήταν σε θέση να οριστούν σε μια από τις τέσσερις σημαντικές a priori καθορισμένες κατηγορίες, που είναι I: Διαπροσωπικές γεγονότα ή καταστάσεις, II: Θάνατος, τραυματισμοί, ασθένεια, αίμα και χειρουργικές διαδικασίες, III: Ζώα, και IV: Αγοραφοβικοί φόβοι (Arrindell et al., 1991, Gullone, 2000).

Παρατηρώντας όμως προσεκτικά τους τόσο διαφορετικούς φόβους των ανθρώπων, βλέπουμε ότι δεν είναι παρά αυτό που ο Riemann (1994) ονομάζει «βασικές μορφές του φόβου». Όλοι οι πιθανοί φόβοι σχετίζονται με τις κάτωθι πρωταρχικές μορφές του φόβου: α) το φόβο της αφοσίωσης, που βιώνεται ως απώλεια του Εγώ και εξάρτηση, β) το φόβο της αυτονομίας, που βιώνεται ως απομόνωση και έλλειψη προστασίας, γ) το φόβο της αλλαγής που βιώνεται ως παροδικότητα και ανασφάλεια και δ) το φόβο της αναγκαιότητας, που βιώνεται ως οριστικότητα και ως απώλεια της ελευθερίας. Για τον Riemann, οι τέσσερις βασικές μορφές του φόβου συσχετίζονται με τις τέσσερις βασικές ωθήσεις της ύπαρξής μας και κατά ζεύγη αλληλοσυμπληρώνονται και αντιπαράτίθενται, σε σχέση με τη βιολογική και πνευματική ιδιοσυστασία μας (Riemann, 1994).

### **3.2 Συλλογικές αναπαραστάσεις του φόβου**

Πως μπορούμε να καταλάβουμε το φόβο; Ή καλύτερα να το θέσουμε αλλιώς, είμαστε «φτιαγμένοι» για να μπορούμε να καταλάβουμε αυτό το πολύπλοκο συναίσθημα; Η βιβλιογραφία γύρω από το συναίσθημα του φόβου «πάσχει» από μια τάση να συγχωνεύσει τις έννοιες του φόβου, γύρω από τις έννοιες της αντίδρασης, της απειλής και του ερεθίσματος (Hastings et al., 2004). Ο φόβος, όμως, έχει την ικανότητα να αυτό-κατασκευάζεται, με την έννοια του ότι ο φόβος μπορεί θαρραλέα να πάει οπουδήποτε η σκέψη μπορεί να φθάσει. Και η σκέψη μπορεί να φθάσει οπουδήποτε η προσοχή πηγαίνει (Massumi, 2005). Αν και η αντίδραση στο φόβο είναι τελείως φυσική, ωστόσο είναι δυσάρεστη. Σαν απόφυση αυτού του αρχαίου συστήματος συναγερμού, ο φόβος αποδυναμώνει την ικανότητα συγκέντρωσης (Schmidt & Winters, 2002) και με αυτή την ιδιότητα έχει τον τρόπο να επηρεάζει την

κρίση μας, τις στάσεις, μας την υγεία μας, ακόμα και τον φόβο τον ίδιο (Hollander 2004). Ο Tudor υποστηρίζει ότι παραδοσιακά ο φόβος γίνεται κατανοητός ως ένα από τα βασικά συναισθήματα και για αυτό το λόγο έχει παραδοθεί στην «αγκαλιά» της ψυχολογίας (Tudor, 2003). Κατά συνέπεια ο φόβος μπορεί να θεωρηθεί και ως μια ανησυχία βασισμένη στις προσωπικές μας κατασκευές. Αυτό σημαίνει ότι ο φόβος έχει μια αμεσότητα, με την έννοια του ότι κατασκευάζεται μέσα από τον τρόπο με τον οποίο εμφανίζεται στο υποκείμενο, που βασίζεται στην προσωπική του εμπειρία και όχι μόνο απαραίτητα σε κρίσεις, σκέψεις ή πεποιθήσεις των άλλων (Roberts, 2003).

Ο William James υποστήριξε περίφημα, ότι ο φόβος «χτυπά» το σώμα και το αναγκάζει σε δράση, προτού καν ο οργανισμός, ο ίδιος να το συνειδητοποιήσει. Όταν αυτό καταχωρείται στη συνείδηση, υποστηρίζει ο Massumi, γίνεται ως πραγματοποίηση αυτού του συναισθήματος, που αυξάνεται από τη σωματική δράση, που είναι ήδη εν εξελίξει: δεν τρέχουμε επειδή αισθανόμαστε φοβισμένοι, αισθανόμαστε φοβισμένοι επειδή τρέχουμε. Για τον Massumi η ενεργοποίηση είναι μια καλύτερη λέξη από τη δράση, επειδή ο φόβος μπορεί να είναι, και είναι συχνά, παράλυση (Massumi, 2005). Στο σημείο αυτό αξίζει να προσθέσουμε το εξής: σε τρομερά απειλητικές και αδιέξοδες καταστάσεις, το συναίσθημα του φόβου μέσω των ακραίων μεταβολών στη νευροφυσιολογία του οργανισμού, μπορεί να οδηγήσει ακόμα και στο θάνατο, αυτό που ο Walter B. Cannon το 1942, χαρακτήρισε ως «Voodoo Death». Το δραματικό ξάφνιασμα αυτής της αρρώστιας που ακολουθεί την απειλή που συνοδεύεται από έλλειψη οποιουδήποτε προφανούς τραυματισμού, έκθεση τοξινών, ή μόλυνση, ο Cannon πρότεινε, ότι μόνο ο φόβος του θανάτου θα μπορούσε, μέσω φυσιολογικών μηχανισμών που προκλήθηκαν από το φόβο, να προσυπογράψουν το θάνατο τον ίδιο (Sternberg, 2002).

Από την άλλη πλευρά, η σύγχρονη έρευνα έχει αρχίσει να σκιαγραφεί και τη νευροανατομική και τη και νευροχημική και τη γενετική συμβολή στην απόκτηση και κατανόηση του φόβου (Hettema et al., 2003). Η αυτόνομη νευρική δραστηριότητα, συμπεριλαμβανομένων του συμπαθητικού (SNS) και του παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος (PNS) αποτελεί σημείο αναφοράς στην έρευνα για την ευαισθησία σε ψυχοπαιστικά γεγονότα και την ανάπτυξη προβλημάτων συμπεριφοράς σχετικών με το σύστημα φόβου (Boyce et al., 2001). Τα στοιχεία και από τις ζωικές και ανθρώπινες μελέτες υποστηρίζουν την υπόθεση ότι οι γενετικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την έκφραση του συναισθήματος του φόβου (Hettema et al., 2003).

Ωστόσο, το συναίσθημα του φόβου αποτελεί ένα εξελισσόμενο συναίσθημα και ενώ κάποτε φοβόμασταν μόνο τα άγρια ζώα, σήμερα έχουμε φτάσει να φοβόμαστε ακόμα την ανθρώπινη επαφή. Στις μέρες μας, ο φόβος έχει μια κυρίαρχη επιρροή στις δημόσιες αντιδράσεις σε μια ευρεία σειρά πολιτικών και κοινωνικών γεγονότων (Huddy, 2004). Ο Tudor θεωρεί ότι δεν είμαστε μόνο φυσικά και ψυχολογικά υποκείμενα αλλά και κοινωνικά αντικείμενα. Δηλαδή, ένα σημαντικό στοιχείο στη στην κατανόηση της

ύπαρξή μας, ως άτομα, προέρχεται από τις κοινωνικές περιστάσεις μας. Είμαστε όχι μόνο ένα ορισμένο είδος προσωπικότητας και σώματος, είμαστε επίσης ένα ορισμένο είδος κοινωνικής ύπαρξης. Και η κοινωνική ύπαρξή μας «η θέση μας μέσα στον επιμελημένο δεσμό των δομημένων κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, θα προσκρούσει διαφορετικά επάνω στους τρόπους έκφρασης των φόβων και του φοβικού συναισθήματος» (Tudor, 2003).

Για τον Glassner ο φόβος κατασκευάζεται μέσω των προσπαθειών που προσπαθούν να προστατεύσουν από το τον φόβο τον ίδιο. Θεωρεί ότι πολλοί φόβοι «φτιάχνονται» κοινωνικά με τέτοιο τρόπο ώστε να προστατέψουν από άλλους φόβους ή να αποτρέψουν την σκέψη από άλλους φόβους. Τοποθετεί με αυτό τον τρόπο, το συναίσθημα του φόβου στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος της κοινωνιολογικής σκέψης (Glassner, 1999). Διότι, μερικές φορές, οι συναισθηματικά φορτωμένες μνήμες μιας επικίνδυνης κατάστασης αποθηκεύονται με ένα συγκεχυμένο τρόπο αφηρημένης φύσης. Για παράδειγμα, εάν ένα φίδι σας έχει απειλήσει, ξέρετε τι πρέπει να προσέξετε στο μέλλον. Αλλά για τους Αμερικανούς που αισθάνονται απειλή από την τρομοκρατία, τα σημάδια κινδύνου δεν είναι ακριβώς σαφή (Schmidt & Winters, 2002).

Αυτό φαίνεται να ασπάζεται και ο Massumi, που υποστηρίζει ότι ενώ η αυτό-αμυντική αντανάκλαστική απάντηση στα διάφορα αντιληπτικά ερεθίσματα σχεδιάστηκε για την προστασία του ατόμου εν τέλει, μετατράπηκε σε ένα διανεμημένο νευρωνικό δίκτυο που καταχωρεί μαζικά τις «κβαντικές» μετατοπίσεις του συναισθήματος του φόβου σε ολόκληρη την κοινωνία (Massumi, 2005). Ο Heller, είχε κυνικά, προτείνει ότι ο φόβος στους ποικίλους βαθμούς του, είναι μέρος του ίδιου του υφάσματος των καθημερινών κοινωνικών σχέσεων. Ωστόσο, αν και η ίδια έννοια του φόβου είναι κεντρική, εντούτοις σε πολλά γενικά θέματα που έχουν χαρακτηρίσει τη ζωή μας, το συναίσθημα του φόβου περνάει έτσι απλά και σιωπηλά. Ο κίνδυνος, παραδείγματος χάριν, ένα κυρίαρχο θέμα στην πρόσφατη κοινωνιολογική σκέψη, προϋποθέτει τις διαφορετικές αποχρώσεις αυτού του συναισθήματος, στις διάφορες μορφές μέσα από τις οποίες έχει θεωρητικοποιηθεί (Tudor, 2003).

Με άλλα λόγια, η εμπειρία του φόβου του ίδιου, βρίσκεται στο φόβο, της δράσης, παρά το φόβο που είναι το περιεχόμενο μιας εμπειρίας. Διότι στην αρχική γραμμή, η επιρροή του φόβου και η δράση του σώματος είναι σε μια κατάσταση της ακαθοριστίας και σταδιακά αρχίζουν να αποκλίνουν. Όταν η δράση του σώματος σταματά το συναίσθημα του φόβου παραμένει (Massumi, 2005). Συμπερασματικά, μπορούμε να κατανοήσουμε το φόβο μόνο αν τον δούμε ως ένα συνολικό συναίσθημα που ξεπερνά κατά πολύ το όριο των αισθήσεων. Δηλαδή ο φόβος είναι τόσο ένα *a priori*, όσο και ένα *a postesori* συναίσθημα. Σε αυτό εδώ το σημείο θα συμφωνήσουμε με τις παρατηρήσεις του Haeffner, σχετικά με το συναίσθημα του φόβου. Για τον Haeffner ο φόβος είναι μια βιολογική διαδικασία, μια επικοινωνιακή διαδικασία, μια συσχετιστική διαδικασία, και μια διαδικασία στην οποία υπεισέρχεται η προσωπική και κοινωνική μνήμη. Επίσης, ο

φόβος αντλεί στοιχεία από τις προϋπάρχουσες αναμνήσεις μας και κατά αυτή την έννοια, ο φόβος μπορεί εύκολα να ενισχυθεί και να γίνει αντικείμενο εκμετάλλευσης για εμπορικό και πολιτικό όφελος, με κατάλληλη χρήση των παραπάνω διαπιστώσεων (Haeffner, 2006).

Επίσης, αξίζει να αναφερθούμε στο γεγονός ότι, στην ερμηνεία των διατυπώσεων γύρω από το φόβο που εκτελείται σε διάφορες διαφορετικές χώρες, μια σημαντική διάκριση πρέπει να γίνει μεταξύ των διεθνών ερευνών και των διαπολιτισμικών ερευνών, δεδομένου ότι τα πρώτα είναι σημαντικά για τον καθορισμό της δυνατότητας γενίκευσης των συμπερασμάτων στους διαφορετικούς πληθυσμούς, αλλά όχι απαραίτητως στους διαφορετικούς πολιτισμούς. Αντίθετα, οι διαπολιτισμικές έρευνες είναι σημαντικές όσον αφορά την καθιέρωση εάν τα αναφερόμενα συμπεράσματα της κανονιστικής έρευνας φόβου είναι καθολικά, δηλαδή, εάν είναι συνεπείς και πέρα από τον πολιτισμό, που ορίζεται ως «το χειροποίητο από τον άνθρωπο κομμάτι του ανθρώπινου περιβάλλοντος» (Gullone, 2000).

### **3.3 Η σχέση του φόβου με άλλες συναισθηματικές εμπειρίες**

Η έρευνα στην ψυχολογία μας έχει χαρίσει εντυπωσιακά αποτελέσματα για τα πρωτογενή και δευτερογενή συναισθήματα, για την αρνητική και θετική λειτουργία τους, καθώς επίσης και για το γεγονός ότι μπορούν να προκληθούν και να διαμοιραστούν στα μέλη μιας κοινωνίας (Jarymowicz & Bar-Tal, 2006). Επιπλέον έχει καταδειχθεί ότι τα ίδια φυσιολογικά σημάδια μπορούν να συνδεθούν με περισσότερα από ένα συναισθήματα και ότι ο ρόλος του πλαισίου μπορεί να επηρεάσει στο πια συγκίνηση βιώνεται πραγματικά (Levine, 2007). Τα εμπειρικά στοιχεία σχετικά με τη σχέση των συναισθημάτων του φόβου συχνά αναμιγνύονται (Cooper et all, 2007). Ο Lazarus (1991) υποστήριζε ότι ο φόβος και ο θυμός πολλές φορές αποτελούν τις δύο όψεις του ίδιου νομίσματος και θεωρούσε ότι όταν ένα άτομο παρενοχλείται, είτε αποκρίνεται με το θυμό και την επίθεση είτε με το φόβο και την φυγή (Stemmler, et all., 2007). Άλλωστε και το κύκλωμα του φόβου και το κύκλωμα του θυμού βρίσκονται στο ίδιο σημείο στον εγκέφαλο, και συγκεκριμένα εδράζονται στην αμυγδαλή (amygdala). Οι Έρευνες έχουν δείξει ότι ζημία στην αμυγδαλή σχετίζεται με ελλείμματα στην αντίληψη των εκφράσεων του προσώπου στο φόβο. Τελευταία γίνονται έρευνες για τα ελλείμματα στην αντίληψη και άλλων συγκινήσεων ταυτόχρονα, όπως ο θυμός, αν και τα ελλείμματα στην αντίληψη των μικτών συναισθηματικών καταστάσεων δεν έχουν, ακόμα, καθιερωθεί οριστικά (Grahama et all., 2007).

Σύμφωνα με τους Jarymowicz & Bar-Tal, το συναίσθημα του φόβου οδηγεί σε διάφορα παρατηρηθέντα αποτελέσματα και συνδέεται με μια μεγάλη ποικιλία άλλων συναισθημάτων. Για παράδειγμα, μια παρατεταμένη εμπειρία φόβου ευαισθητοποιεί τον



οργανισμό και το γνωστικό μας σύστημα με τέτοιο τρόπο που η έκφραση του αλληλεπιδρά στην παλέτα των άλλων συναισθημάτων και συμβάλλει στην ανάδυση του θυμού, της οργής, της ενοχής, της περιέργειας, αλλά και της ελπίδας (Jarymowicz & Bar-Tal, 2006). Η διασύνδεση του φόβου με το θυμό είναι πλέον ξεκάθαρη. Και οι δύο αυτές συναισθηματικές απαντήσεις αποσκοπούν στην ίδια κατεύθυνση, οδηγούν στην αποφυγή μιας αποτυχίας ή στην πρόκληση ζημίας (Stemmler, et all., 2007). Σε αιφνίδια ή έντονη εγρήγορση τόσο η αντίδραση του φόβου, όσο και η αντίδραση του θυμού μπορούν να ενεργοποιηθούν ταυτόχρονα (Le Doux et all, 1990). Συνδεδεμένος με την επιθετικότητα, ο θυμός παρακινεί μια κατηγορηματική απάντηση όταν απειλούνται σημαντικοί στόχοι (Kuppens, et all., 2003). Αν και έχουν την ίδια αρνητική βάση, η κινητήρια κατεύθυνση είναι τελείως διαφορετική. Ο θυμός και η οργή στοχεύουν στην προσέγγιση του στόχου με σκοπό την άρση του εμποδίου μέσω της επίθεσης, ενώ ο φόβος αποσκοπεί περισσότερο στη διαφυγή της απειλής (Stemmler, et all., 2007).

Ο φόβος, επίσης, συνδέεται άμεσα με το συναίσθημα της αποστροφής. Η αποστροφή μπορεί να λειτουργήσει ομοίως με το φόβο, επειδή η διαφυγή ή η αποφυγή του ερεθίσματος ολοκληρώνει το αρνητικό συναίσθημα του φόβου (Woody et all, 2005). Η αποστροφή συνδεδεμένη με την λειτουργία της αντίσπασης, παρακινεί την αποφυγή της μόλυνσης (Olatunji & Sawchuk, 2005), είτε τη φυσική (π.χ., λαμβάνοντας τα επιβλαβή τρόφιμα), είτε τη συμβολική (π.χ., ένα πρόσωπο, μια ιδέα, ή ένα αντικείμενο) (Rozin et all., 1999). Αν και η αποστροφή φαίνεται να αφορά περισσότερο τις αυτό-αναφορές γύρω από α φοβικά αντικείμενα οι Thorpe και Salkovskis υποστηρίζουν ότι η σχέση αυτή είναι περισσότερο συσχετιστική, παρά λειτουργική (Thorpe & Salkovskis 1998).

Η ντροπή είναι άλλη μια ιδιαίτερα απωθητική συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται ολοκληρωτικά με τις τάσεις αποφυγής και απόσυρσης (Mc Gregor & Elliot, 2005). Αλλά και ο φόβος συνδέεται με τη ντροπή και το «κρυφτούλι», μέσω των παραπάνω διαδικασιών. Κάποιος που διακατέχεται από το συναίσθημα του φόβου, ιδίως όταν αυτό είναι στην υπερβολή του, συχνά αισθάνεται συναισθήματα ντροπής και ενοχής, επειδή, προσπαθεί να κρύψει την ανάγκη του για τη συμπεριφορά αποφυγής (White, et all., 2006). Η ντροπή, για παράδειγμα, αποτελεί ένα από τα κεντρικά συστατικά της κοινωνικής φοβίας ως μεμονωμένη προσπάθεια να κρυφτούν τα συμπτώματα του άγχους από τους άλλους ανθρώπους (Leahy, 2007).

Καθαρότερες εννοιολογικές συνδέσεις ανάμεσα στον φόβο και στο συναίσθημα της ντροπής, αποκαλύπτονται ιδιαίτερα στο φόβο που συνδέεται με την αποτυχία εκτέλεσης ενός έργου και στη συνακόλουθη ντροπή. Και τα δύο κατασκευάσματα στρέφονται εγγενώς στην αποτυχία, και τα δύο στηρίζονται στις τάσεις αποφυγής, και περιλαμβάνουν την αυτό-αξιολόγηση, και τα δύο αυτά συναισθήματα συνδέονται με συναισθήματα απώλειας και εγκατάλειψης. Υπό αυτήν τη μορφή, η ντροπή εμφανίζεται καλά ταιριαγμένη για να χρησιμεύσει ως η πυρηνική συγκίνηση του φόβου της

αποτυχίας. Βλέπουμε το φόβο της αποτυχίας ως ένα αυτο-αξιολογικό πλαίσιο στο οποίο η αποτυχία αναλύεται ως δείκτης της σφαιρικής ανικανότητας που βάζει το άτομο σε κίνδυνο απόρριψης και εγκατάλειψης από σημαντικούς άλλους (Mc Gregor & Elliot, 2005).

Επιπλέον, πολλοί ερευνητές αντιπαραβάλλουν το συναίσθημα του φόβου με αυτό της περιέργειας, επειδή θεωρούν και τα δύο ως αντιτασσόμενες και αντιμαχόμενες κινητήριες δυνάμεις. Σχετικά νωρίς στην ιστορία της ψυχολογίας, ο William James, τόνισε ότι η περιέργεια υπαγορεύει στους ανθρώπους να εξερευνήσουν το περιβάλλον τους, ενώ ο φόβος οδηγεί στην αποφυγή των κινδύνων που συνδέονται με αυτή την εξερεύνηση (James W., 1890/1981). Κατά συνέπεια, η περιέργεια και ο φόβος απεικονίζουν τους βασικούς κινητήριους προσανατολισμούς που συνδέονται με την προσέγγιση και την αποφυγή από που ο Mc Dougall χαρακτήρισε ως «αντιταγμένες ωθήσεις της προσέγγισης και της υποχώρησης» (Mc Dougall, 1923). Υπάρχουν λόγοι, επομένως, υποστηρίζουν οι Maner & Gerend, ότι ο φόβος και η περιέργεια συνδέονται με διαδικασίες λήψης αποφάσεων που θα μπορούσαν να διευκολύνουν την αποφυγή του κινδύνου και την επιδίωξη του κινδύνου, αντίστοιχα. Επιπλέον, η εκλεκτική υπόθεση κρίσης προβλέπει ότι ενώ η περιέργεια μπορεί να συνδεθεί εντονότερα με τις κρίσεις των θετικών εκβάσεων από τις κρίσεις των αρνητικών εκβάσεων, ο φόβος μπορεί να συνδεθεί εντονότερα με τις κρίσεις των αρνητικών εκβάσεων από τις κρίσεις των θετικών εκβάσεων (Maner & Gerend, 2007).

Ένα άλλο αντιπαραβαλλόμενο συναίσθημα που συσχετίζεται με το φόβο είναι αυτό της ελπίδας. Οι Jarymowicz & Bar-Tal, προσπαθούν να δώσουν μια απάντηση στο βασικό ερώτημα γιατί ο φόβος εξουσιάζει την ελπίδα στις καταστάσεις της απειλής και του κινδύνου. Οι παραπάνω συγγραφείς υποστηρίζουν ότι ο φόβος και η ελπίδα, στις συγκεκριμένες καταστάσεις, είναι συνήθως μέρος ενός πιο σύνθετου συνδρόμου, το οποίο εμπεριέχει βιολογικές γνωστικές και συμπεριφοριστικές πτυχές (Jarymowicz & Bar-Tal, 2006). Από μια βιολογική προοπτική, η απειλή οδηγεί στο φόβο με έναν σχετικά άμεσο τρόπο, μέσω των διαδικασιών που λειτουργούν στα χαμηλότερα επίπεδα του νευρικού συστήματος. Αντίθετα, η ελπίδα εξαρτάται από τις διαδικασίες που βασίζονται στους φλοιώδεις μηχανισμούς. Στο επίπεδο ψυχολογικών διαδικασιών, ο φόβος μπορεί να υποβληθεί σε επεξεργασία ασυναισθητα και προκαλεί τα απλά συναισθήματα, ενώ η ελπίδα βασίζεται πάντα στη συνειδητή αποσπασματική γνωστική δραστηριότητα.

Επιπλέον, ενώ ο φόβος ενεργοποιείται αυτόματα, χωρίς την προσπάθεια και γνωστικό έλεγχο, ενώ η ελπίδα στηρίζεται πάντα στη σκέψη και απαιτεί τις διάφορες διανοητικές δεξιότητες. Στο συμπεριφοριστικό επίπεδο, φόβος οδηγεί στην εύκολη και γρήγορη ανάκληση των αμυντικών ή/ και επιθετικών συμπεριφορών, που έχουν ήδη χρησιμοποιηθεί σε προηγούμενο χρόνο, ενώ η ελπίδα απαιτεί την εξεύρεση και ανακάλυψη νέων συμπεριφορών για να επιτύχει τον επιθυμητό, θετικά πολύτιμο στόχο

και προσπαθεί να τον πραγματοποιήσει. Κι αυτό είναι κάτι που δεν γίνεται εύκολα κάτω από συνθήκες πίεσης ( Jarymowicz & Bar-Tal, 2006).

### **3.4 Συμπεριφορές απέναντι στο συναίσθημα του φόβου**

Ο Peter Lang (1970), πρωτοπόρος στην έρευνα του φόβου, είχε εκφράσει την άποψη ότι ο φόβος δεν είναι κάτι το φοβερό που φωλιάζει στις ψυχές των ανθρώπων, το οποίο μπορούμε να το διαχειριστούμε περισσότερο ή λιγότερο επιτυχώς. Πρότεινε, μάλιστα, μια διαφορετική κατασκευαστική δομή στο φόβο, υποστηρίζοντας ότι ο φόβος αποτελείται από τρία συστατικά: από μια φυσιολογική διέγερση, από μια υποκειμενική ικανότητα άμεσης αντιδράσεως, και από μια συμπεριφορά αποφυγής. Ο Rachman θεωρεί ότι αυτά τα συστατικά συνδέονται μεταξύ τους αόριστα και ότι δύναται να λειτουργήσουν το ένα ανεξάρτητα από το άλλο (Rachman, 2004).

Επίσης, πρόσφατα ο Armfield υποστηρίζει ότι ο φόβος δεν είναι μόνο μια αντίδραση στον κίνδυνο, αλλά ότι συνοδεύεται και από γνωστικές αντιλήψεις για τον έλεγχο, την προβλεψιμότητα, και την αποστροφή οι οποίες αποτελούν κρίσιμους καθοριστικούς παράγοντες της απάντησης φόβου ενός ατόμου (Armfield, 2007). Με άλλα λόγια, στην περίπτωση του φόβου φαίνεται να υπάρχει ένα καλά καθιερωμένο φυσιολογικό σχέδιο της απάντησης (Tudor, 2003).

Παρόλα αυτά πώς αντιδρούν οι άνθρωποι απέναντι στο συναίσθημα του φόβου και στα ερεθίσματα που τον προκαλούν; Για παράδειγμα ο ορειβάτης, ο κυνηγός, οι αθλητές επικινδύνων σπορ, μαθαίνουν να διοχετεύουν τη φυσιολογική απάντηση του φόβου στην υπηρεσία της στόχο-κατευθυνόμενης δραστηριότητας (Tudor, 2003). Επίσης, οι ασθενείς με διαταραχή πανικού και κοινωνική φοβία επιδεικνύουν μια συμπεριφορά υψίστου θάρρους κάθε φορά που πραγματοποιούν μια από τις ασκήσεις τους δοκιμάζοντας τον ακραίο αυτό φόβο τους (Rachman, 2004). Διάφοροι ερευνητές και θεωρητικοί έχουν προσπαθήσει να σκιαγραφήσουν τη σχετιζόμενη με το φόβο συμπεριφορά. Σε περιπτώσεις, μάλιστα, φοβικής ιδιοσυγκρασίας, πολλαπλοί συμπεριφοριστικοί δείκτες έχουν μελετηθεί: κινητήριες πτυχές (π.χ., απόσυρση, αποφυγή, και παρεμπόδιση), διάφορες επικοινωνιακές συμπεριφορές (π.χ., οι εκφράσεις του προσώπου), αντιδραστικές απαντήσεις (π.χ., πάγωμα και ξάφνιασμα), και κοινωνικές εκδηλώσεις (π.χ., η συστολή) (Buss, et all, 2004).

Ωστόσο η πιο συνηθισμένη απέναντι στο φόβο συμπεριφορά είναι η αποκαλούμενη συμπεριφορά αποφυγής (avoidance behavior). Οι Foa & Kozak υποστηρίζουν ότι αν «δούμε» το φόβος ως ένα πρόγραμμα αποφυγής του κινδύνου, σύμφωνα με τις απόψεις του Lang, τότε η συνακόλουθη αναμενόμενη συμπεριφορά συνδέεται με προφανείς πράξεις όπως η αποφυγή ή η διαφυγή ( Foa & Kozak 1986). Η συμπεριφορά αποφυγής αναφέρεται σε ένα σχέδιο της συμπεριφοράς όπου μέσω

καθυστερήσεων ή αναβολών τα άτομα αποφεύγουν μια ανεπιθύμητη κατάσταση ή μια εμπειρία (Wall, 1978). Ο φόβος, δηλαδή, κινητοποιεί την επιθυμία της διατήρησης της ασφάλειας μέσω της διαφυγής ή της αποφυγής, οι οποίες μειώνουν στη συνέχεια το φόβο, ενισχύοντας όμως σε δεύτερο χρόνο την διαδικασία της αποφυγής (Woody, et al., 2005).

Ειδικότερα, η συμπεριφορά αποφυγής έχει αναγνωριστεί από καιρό ως αυθόρμητη και προσαρμοστική απάντηση στον οξύ τραυματισμό και στον πόνο (Wall, 1978). Στην πραγματικότητα, η συμπεριφορά αποφυγής αποτελεί μια δυναμική αμυντική συμπεριφορά με σκοπό την επιβίωση (Βαϊδάκης, 2008), και χαρακτηρίζεται από αυτό που είναι γνωστό ως «αμυντική απόσταση» (Corr & Perkins, 2006). Όπως τόνισαν και οι McNaughton και Corr, για ένα ιδιαίτερο άτομο σε μια ιδιαίτερη κατάσταση, η αμυντική απόσταση εξισώνεται με την πραγματική απόσταση αλλά, σε μια πιο επικίνδυνη κατάσταση, η αντιληπτή αμυντική απόσταση μικραίνει (McNaughton & Corr, 2004). Με άλλα λόγια, μια αμυντική συμπεριφορά (π.χ., ενεργός αποφυγή) θα αποσπαστεί σε μια μεγαλύτερη (αντικειμενική) απόσταση με ένα ιδιαίτερα επικίνδυνο ερέθισμα (που αντιστοιχεί στη σύντομη αντιληπτή απόσταση), σε σύγκριση με την ίδια συμπεριφορά με ένα λιγότερο επικίνδυνο ερέθισμα (Corr & Perkins, 2006)

Ο Rachman (2004), προτείνει ότι αν εκλάβουμε το φόβο ως μια κατασκευή ελλειπώς συνδεδεμένων συστημάτων αντίδρασης, μπορεί τελικά, να μας οδηγήσει σε μια νέα ιδέα σε σχέση με τις προκαλούμενες συμπεριφορές, που μπορεί να είναι η επίδειξη θάρρους (Courage) ή και η αφοβία (fearless). Η έννοια του θάρρους μπορεί να πάρει διαφορετικές μορφές με την έννοια ότι οι τύποι θάρρους<sup>20</sup> μπορούν να διαφοροποιηθούν ευρέως από την άποψη του είδους του φόβου που πρέπει να αντιμετωπιστεί και ο στόχος που πρέπει να επιτευχθεί (Putman, 1997). Με άλλα λόγια, ένα πρόσωπο μπορεί να είναι πρόθυμο να πλησιάσει ένα φοβογόνο αντικείμενο ή μια κατάσταση παρά το αίσθημα ενός υψηλού βαθμού υποκειμενικού φόβου και δυσάρεστων σωματικών αισθήσεων (Rachman, 2004).

Αυτό ο Rachman το χαρακτηρίζει ως «εμμονή μιας συμπεριφοράς προσέγγισης» και συνώνυμο του θάρρους. Υποστηρίζει επίσης, ότι υπάρχει μια ποικιλία παραγόντων που μπορεί να καθορίζουν αυτή τη θαρραλέα συμπεριφορά, όπως η αυτοπεποίθηση ή και η κατοχή ενός υψηλού επιπέδου κίνητρου εξαρτώμενο από την αποκαλούμενη "περιστασιακή απαίτηση" (π.χ. πόλεμος) (Rachman, 2004). Ο Hollander επίσης, θεωρεί ότι μια άλλη κατάλληλη λέξη που χαρακτηρίζει την συμπεριφορά στο φόβο, που προέρχεται από ένα είδος «έλλειψης» αυτού του αρχέγονου μηχανισμού, δεν είναι

---

<sup>20</sup> Δύο μορφές θάρρους έχουν συζητηθεί, εν εκτάσει, στη διεθνή βιβλιογραφία. Το "φυσικό θάρρος" που χαρακτηρίζεται από την υπερνίκηση ενός φόβου του θανάτου ή της φυσικής ζημιάς. Οι στόχοι που επιτυγχάνονται με την άσκησή του καθορίζονται παραδοσιακά από την κοινωνία ή από τις απαιτήσεις της επιβίωσης. Η δεύτερη μορφή αφορά το "ηθικό θάρρος," έτσι όπως εμφανίζεται στην αρχαία ελληνική φιλοσοφία (Πλάτωνας, Αριστοτέλης). Το ηθικό θάρρος χαρακτηρίζεται από το φόβο της απώλειας της ηθικής ακεραιότητας ή της αυθεντικότητας, αλλά το ηθικό θάρρος, είναι επίσης συνδεδεμένο με την κοινωνική αποδοκimasία (Putman, 1997).

άλλη από τη λέξη «αφοβία». Η αφοβία και η τόλμη είναι χαρακτηριστικό γνώρισμα των ηρωικών φιγούρων (Hollander, 2004), ενώ ο φόβος και ο πανικός ανευρίσκεται κυρίως στις γυναίκες στα παιδιά και τους γέροντες. Απότοκος του φόβου η δειλία θεωρείται γνώρισμα του αδύναμου ψυχικά ανθρώπου (Πολυμέρου- Καμηλάκη & Καραμανές 2006).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΙΣΤΑΜΕΝΕΣ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ

---

*"Αυτό που φοβάμαι περισσότερο είναι, ο φόβος ο ίδιος"*

*Μισελ ντε Μονταίνι*

#### 4.1 Ο φόβος στο κοινωνιοπολιτικό γίγνεσθαι

Το «αντάμωμα» του φόβου με την κοινωνική—πολιτική σκέψη και πρακτική χάνεται στα βάθη των αιώνων. Για παράδειγμα, ο Θουκυδίδης, θεωρούσε το φόβο ως ένα από τα τρία «ισχυρότερα κίνητρα» για την ανθρώπινη δράση, μαζί με την τιμή και το ενδιαφέρον (Corey, 2000). Παραδοσιακά, λοιπόν, ο φόβος έχει αναγνωριστεί ως μια από τις θεμελιώδεις δυνάμεις που διαμορφώνουν την ανθρώπινη ζωή (Debiec & LeDoux, 2004). Στην αυγή του νεωτερισμού, μάλιστα, ο Hobbes<sup>21</sup> είχε τονίσει ότι το συναίσθημα του φόβου βάζει τα θεμέλια του πολιτισμού: «Η αρχή των μεγάλων και με διάρκεια κοινωνιών συνίσταται όχι στην αμοιβαία καλή θέληση ανάμεσα στα άτομα, αλλά στον αμοιβαίο φόβο που θα έχει ο ένας για τον άλλον» (Corey, 2000).

Δεν θα ήταν ίσως υπερβολικό, αν λέγαμε ότι ως ένα βαθμό, ο φόβος γέννησε τη λογική (Μπουλώτης, 2006). Η πιο επιδρούσα σύγχρονη διατύπωση αυτής της άποψης, προσφέρεται από τον Freud (1961,1962), που υποστηρίζει ότι ο πολιτισμός δεν μπορεί να επιδιώξει να αντικαταστήσει το φόβο με τη λογική. Αλλά κατά την άποψη του Freud, τουλάχιστον για τα κατάλληλα κοινωνικοποιημένα άτομα, η λογική μπορεί να κατέχει γενικά, εάν όχι αποκλειστικά, τον εκτελεστικό έλεγχο. Κατά συνέπεια, ένα κοινό στοιχείο μπορεί να προκύψει: τα συναισθήματα μας οδηγούν στη δράση αλλά, ο λόγος διατηρεί τη θέση του ως κυρίαρχος του παιχνιδιού (Marcus, 2003).

Ο Hobbes θεωρούσε ότι ο φόβος εξυπηρετεί έναν βαθύτερο πολιτικό σκοπό: βοηθά να διαμορφώσει και να πειθαρχήσει το άτομο, μετασχηματίζοντας τον σε ένα μέσο που να είναι σε θέση να υποτάσσεται στην πολιτική αρχή. Τα άτομα έχουν μια φυσική επιρρέπεια σε μια επικίνδυνη προσωπική ασυναρτησία, υποστήριζε ο Hobbes: «Πολύ συχνά το ίδιο πρόσωπο, σε διαφορετικές χρονικές στιγμές, άλλοτε επιβραβεύει

---

<sup>21</sup> Το έργο του «Leviathan» το (1651), θα μπορούσε ίσως να χαρακτηριστεί ως το μεγαλειώδες δοκίμιο της σχέσης μεταξύ των ανθρώπινων φόβων και του συντάγματος της πολιτικής, θρησκευτικής, κοινωνικής και πολιτιστικής αρχής. Ήταν ένα από τα επιτεύγματα του Hobbes για να καταδείξει τη διασύνδεση μεταξύ μιας υλικής κατανόησης της ανθρώπινης ψυχολογίας και της παραγωγής της κοινοτικής αρχής (Stillman, 1995).

και άλλοτε απορρίπτει το ίδιο πράγμα» (Corey, 2000). Στην κοινωνική, μάλιστα διάστασή του- από το συλλογικό υποσυνείδητο στη θεσμοθετημένη επιφάνεια- ο φόβος συντέλεσε με τον τρόπο του στην άρθρωση κωδίκων συμπεριφοράς, στην οριοθέτηση ανάμεσα σε θεμιτό και αθέμιτο, καλό και κακό, όμορφο και άσχημο και άλλες τέτοιες αντιστικτικές δυαδικότητες (Μπουλώτης, 2006). Μια αντίθετη άποψη, ωστόσο, εκφράζεται από τον Corey το (2000). Για τον Corey, ούτε τα αντικείμενα του φόβου μας, ούτε οι απαντήσεις μας στο φόβο, δεν φαίνεται να επηρεάζονται από πολιτικά μέσα, όπως ο νόμος, η εκπαίδευση, ή οι ηθικές αρχές. Εντούτοις, είναι μια από τις βασικές υποθέσεις του σύγχρονου φιλελευθερισμού, ότι ο φόβος προκύπτει εν τη απουσία των νόμων, της εκπαίδευσης και των ηθικών αρχών (Shklar, 1989/1998).

Δεν διερευνάμε, πλέον, εάν συναισθήματα, όπως ο φόβος βοηθούν ή εμποδίζουν τη λογική λήψη απόφασης, αλλά μάλλον, εξετάζουμε την πραγματικότητα της επιρροής τους στον κοινωνικό και πολιτικό συλλογισμό (Marcus, 2003). Η έρευνα για το συναίσθημα του φόβου επεκτείνεται και πέρα από τη νευρολογία και την ατομική ψυχολογία. Οι κοινωνικοί επιστήμονες έχουν πραγματοποιήσει μια συναρπαστική έρευνα για τις κοινωνικές και πολιτικές συνέπειες του φόβου (και της απειλής, γενικότερα). Αν και έχουν ακολουθήσει διαφορετικούς θεωρητικούς και ερευνητικούς προσανατολισμούς, όλοι συγκλίνουν στο ίδιο ενοχλητικό εύρημα (Huddy, 2004). Η πολιτική μπορεί να υποκινήσει το φόβο ή ο φόβος μπορεί να παρεισφρήσει στην πολιτική. Αλλά τα βασικά χαρακτηριστικά φόβου -- τα αντικείμενα, οι εντάσεις, και τα αποτελέσματά του -- δεν είναι γενικά πολιτικές δημιουργίες. Ο φόβος είναι αυτονόητος, αμετάβλητος, και δομικά αδιαπέραστος στο πολιτικό τέχνασμα (Corey, 2000).

Σε έναν κόσμο ανταγωνισμού, σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο, μπορούμε να υποστηρίξουμε, ότι ο φόβος είναι ένα σταθερό αίτιο και συγχρόνως ένα αιτιατό επικράτησης και τήρησης εξουσίας (Hoffmann, 2004). Γίνεται κατανοητό πως η μακιαβελική οπτική προσδίδει μια ιδιότυπη σχέση ανάμεσα στο φόβο και την κοινωνική πολιτική, με την έννοια ότι ένα ορισμένο «ποσό» φόβου αναπαράγει το σεβασμό στο πρόσωπο του ηγέτη (Hollander, 2004). Η πολιτική περιλαμβάνει τις κοινωνικές σχέσεις, την αρχή, τη δύναμη, και τη λήψη απόφασης. Δεν γεννάται θέμα ότι ο φόβος μπορεί να συμβάλει σε αυτά τα φαινόμενα. Ο Hobbes θεωρούσε, άλλωστε, ότι η κατοχή του ελέγχου των ανθρώπινων φόβων μεταφράζεται σε ισχυρή δύναμη στην κοινωνία (Debiec & LeDoux, 2004).

Ο Steven Heller, για παράδειγμα, εισχωρώντας βαθιά στις πολιτικές χρήσεις του φόβου, εξετάζει τη σχέση του συναίσθηματος του φόβου με την προπαγάνδα<sup>22</sup>. Η

---

<sup>22</sup> Αυτό το σύστημα επικοινωνίας εμφανίζεται εκεί όπου δημιουργούνται δι-ομαδικές συγκρουσιακές σχέσεις. Σε περιπτώσεις πολέμου, όταν υπάρχει σύγκρουση μεξ των εθνών, η προπαγάνδα είναι το κατ' εξοχήν σύστημα μεταφοράς πληροφοριών και ιδεών. Η προπαγάνδα χαρακτηρίζεται από ένα άκαμπτο ύφος, επαναληπτικό και ακραίο, που δεν χωρά αμφιβολίες, ούτε έχει ρωγμές. Συνδέεται με τα στερεότυπα, προκαταλήψεις και ομοιόμορφες συμπεριφορές που έχουν μια διπλή λειτουργία:   
✓ μια ρυθμιστική μέσα από την εξάλειψη του αντικειμένου της σύγκρουσης και

προπαγάνδα ως μια ιδιαίτερη μορφή χειρισμού του δημόσιου συναισθήματος από την εξουσιαστική ελίτ, παρέχει μια κραυγαλέα μορφή εξωτερικής επιρροής με σκοπό να ξυπνήσει το φόβο και να δημιουργήσει την εχθρότητα προς τον «άλλον», σύμφωνη με τα χαρακτηριστικά αποτελέσματα της υποτιθέμενης απειλής (Huddy, 2004). Ο Hollander, τονίζει πως αυτό που μας αφορά άμεσα, σήμερα, είναι το κατά πόσο ο φόβος δεσμεύεται από τη ρητορική των κυβερνητών, διότι ναι μεν, η προπαγάνδα στην υπηρεσία της ενίσχυσης της αρχής διανέμει αναλήθειες και μυθολογίες, αλλά αφετέρου ενέχει και το συστατικό της εμπιστοσύνης (Hollander, 2004).

Κατ' επέκταση, δημιουργείται μια ευρεία τάση για τα άτομα που υποβάλλονται σε εκφοβιστικά μηνύματα, να γίνονται λιγότερο ανεκτικά, σε σχέση με τη διαφορετικότητα των άλλων, κάτι που οδηγεί στη συνέχεια σε μια αυξανόμενη εμπιστοσύνη στις υπάρχουσες προκαταλήψεις και μια συμπεριφορά διάκρισης προς τους «άλλους» (Huddy, 2004). Οι Corenblum & Stephan έδειξαν ότι οι ρεαλιστικές και συμβολικές απειλές, το αίσθημα του φόβου της ενδο-ομάδας, και τα αρνητικά στερεότυπα λειτουργούν προβλεπτικά όσον αφορά τις αρνητικές τοποθετήσεις απέναντι στην έξω-ομάδα (Corenblum & Stephan, 2001). Μετά από τραυματικά γεγονότα που βιώνονται από άτομα ή και ομάδες, η ανάμνηση του φόβου είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τις τρέχουσες και μελλοντικές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Από αυτή την άποψη, η ιστορία των λαών γίνεται μια σημαντική πτυχή και ένα ισχυρό όργανο στην πολιτική σκηνή (Debiec & LeDoux, 2004).

Αντιλαμβανόμαστε, λοιπόν, πως η κοινωνιο-πολιτική χρήση<sup>23</sup> του φόβου χαρακτηρίζεται από σκοπιμότητες, που κυρίως στηρίζονται κυρίως στη συλλογική μνήμη προκειμένου να «κερδηθεί» η αγάπη, ο σεβασμός και η εμπιστοσύνη (Corey, 2000) αλλά και να «πριμοδοτηθεί» ο κοινωνικός έλεγχος (Hollander, 2004). Μελέτες σε ζώα, εξάλλου, δείχνουν τη σταθερότητα της μνήμης για το συναισθηματικό φόβο σε σύγκριση με άλλα είδη μνήμης. Οι αμυντικές αντιδράσεις, σε ερεθίσματα που συνδέθηκαν προηγουμένως με τη φυσική απειλή, ακόμα κι αν αποδυναμώνονται από την εμπειρία καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής, μπορούν να ανακτηθούν αυθόρμητα (Debiec & LeDoux, 2004).

Αυτό που, εν τέλει, είναι πίσω από όλα τα συναισθήματα φόβου στην κοινωνικοπολιτική ζωή είναι η εσωτερικοποιημένη εικόνα του ανταγωνισμού και η θέαση των διακρατικών υποθέσεων ως ένα ατέρμονο αγώνα του οποίου οι πυλώνες είναι η δύναμη, η φήμη, και ίσως η επιβίωση (Hoffmann, 2004). Ένα τέτοιο όραμα χρήσης του φόβου, προτείνει ο Corey, ότι θα δημιουργήσει μια αυτοϋποστηριζόμενη κοινωνία, που φαίνεται να παραδίδεται σε ένα είδος πολιτικής ανυπαρξίας (Corey,

---

✓ μια οργανωτική, μέσα από την προσαρμογή του αντικειμένου αναπαράστασης στις απαιτήσεις της ομάδας (Moscovisi, 1961).

<sup>23</sup> Παραδείγματα που εκπορεύονται από την κοινωνιο-πολιτική διαχείριση του φόβου συχνά περιλαμβάνουν μορφές όπως η ξενοφοβία, ο ρατσισμός, οι διακρίσεις, η βία, τα εγκλήματα, η τρομοκρατία κ.α



2000). Με άλλα λόγια, μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι το συναίσθημα του φόβου, αφ'ενός συνέβαλε στη δημιουργία και εξέλιξη της πολιτισμένης κοινωνίας, αφετέρου αποτελεί, ίσως, και τον κυριότερο παράγοντα διασάλευσης της ισορροπίας της.

## **4.2 Επικοινωνιακές πρακτικές και ο φόβος**

Το συναίσθημα του φόβου κινητοποιεί τη φυσιολογία και τη γνώση μας με ευπροσδιόριστους τρόπους, αναφέρει χαρακτηριστικά ο Fuller (2007). Προκαλεί μια μετατόπιση στην αντίληψη και την προσοχή μας, που επαναπροσδιορίζει τη διαδικασία συλλογής πληροφοριών για την ανίχνευση του υπεύθυνου παράγοντα της αντιληπτής απειλής στο περιβάλλον. Ο φόβος αλλάζει τους στόχους και τις κινητήριες δυνάμεις μας, δίνοντας στην έννοια της ασφάλειας μια πιο υψηλή προτεραιότητα (Fuller, 2007). Με άλλα λόγια, το συναίσθημα του φόβου, δεν είναι απλά ένα συναίσθημα, το οποίο εξυπηρετεί στην προστασία από τον κίνδυνο μιας άμεσης απειλής (Huddy, 2004), αλλά αντίθετα, φαίνεται να αποτελεί ενδεχομένως μια πολύ χρήσιμη μεταβλητή στα επικοινωνιακά φαινόμενα και κυρίως στα φαινόμενα πειθούς (Skilbeck et al., 1977).

Η χρήση του φόβου ως επικοινωνιακή μεταβλητή στηρίζεται στο γεγονός ότι το συναίσθημα του φόβου επηρεάζει άμεσα και κατευθύνει την ανθρώπινη συμπεριφορά (Wood 2000). Σε περιόδους κρίσεων, μάλιστα, τα παγκόσμια συστήματα επικοινωνιών, ειδικά το διαδίκτυο και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης διαδραματίζουν έναν μεγάλο ρόλο στη διάδοση των πληροφοριών που κατά κύριο λόγο στοχεύουν στο να διασπείρουν ένα αίσθημα ανασφάλειας και φόβου (Iseron, et.al., 2008) σκοπεύοντας στην διαμόρφωση συμπεριφορών και στην πόλωση<sup>24</sup> (Lakeman, 2006). Η πόλωση συντελεί στην υπεράσπιση της απειλής της ύπαρξης, με το να θεωρείται ότι κάποιος είναι μέλος μιας ασφαλούς πολιτιστικής ομάδας (Lakeman, 2006). Αυτή η χρήση του φόβου σχετιζόμενη με την επικοινωνία σε συλλογικό πλαίσιο, μπορεί να οριστεί και ως επικοινωνία κινδύνου (Risk Communication). Η επικοινωνία κινδύνου είναι μια διαδικασία πολύ αποτελεσματική σχετικά με πληροφορίες και καταστάσεις που προκαλούν φόβο (π.χ, για την υγεία ή τους περιβαλλοντικούς κινδύνους) εφόσον παρέχει ικανοποιητικές και αξιόπιστες πληροφορίες, προκειμένου να αξιολογηθούν σε κοινοτικό επίπεδο οι επερχόμενες απειλές (Iseron, et.al., 2008).

Σε θέματα επίσης, αλλαγής των στάσεων και ιδιαίτερα σε σχέση με την υγεία το συναίσθημα του φόβου παίζει κεντρικό ρόλο και αποτελεί τη συχνότερη τακτική

---

<sup>24</sup> Η πόλωση αφορά ακραίες απόψεις και χρησιμεύουν στο να καθορίσουν ποια άτομα ως μέλη κοινωνικών ομάδων, ανήκουν ή όχι στις συγκεκριμένες αυτές ομάδες. Ο Johnson (2005) υποστηρίζει ότι η ιδεολογική πόλωση συνεχίζει να μας αποτρέπει από λογική αξιολόγηση και εξέταση των πραγματικών απειλών, όπως η τρομοκρατία. (Lakeman, 2006).

(Cameron & Chan, 2008). Η χαρακτηριστική πειστική επικοινωνία βασισμένη στο φόβο περιλαμβάνει την παρουσίαση, ταυτόχρονα ενός μηνύματος διέγερσης του συναισθήματος του φόβου και από μερικές συστάσεις, τις οποίες αν ακολουθήσει το άτομο θα αποφύγει την απειλητική συνέπεια (Skilbeck et al., 1977). Για παράδειγμα, «εάν συνεχίζεις να καπνίζεις θα πεθάνεις». Πολλές θεωρίες έχουν προσπαθήσει να περιγράψουν τις κεντρικές διαδικασίες μέσω των οποίων τα εκφοβιστικά μηνύματα έχουν επιπτώσεις στην διαδικασία της πειθούς (Wood 2000). Ο Janis (1967) υποστήριξε ότι η αλλαγή των στάσεων κάτω από μέτριο φόβο ήταν μεγαλύτερη από την αλλαγή κάτω από υπερβολικό φόβο. Στον υπερβολικό φόβο το μήνυμα διεγείρει τόσο πολύ άγχος στο στόχο, ώστε να παραλύει από φόβο. Το αποτέλεσμα είναι ότι οι μηχανισμοί άμυνας του εγώ μεσολαβούν για να μειώσουν την απειλή προς το εγώ, με συνέπεια να αλλοιωθεί η δύναμη του μηνύματος.

Ο Leventhal (1970), αργότερα, πρότεινε ότι αντίθετα, ο φόβος ακολουθεί μια γραμμική πορεία και κατά συνέπεια αυξανόμενα επίπεδα φόβου συνδέονται με αυξανόμενη πειθώ<sup>25</sup>. Σύμφωνα με τη θεωρία κινήτρου προστασίας «protection motivation theory» (Rogers 1983), οι απειλητικές εκκλήσεις που προσφέρουν και αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης, υποκινούν διαδικασίες ελέγχου του κινδύνου, οι οποίες περιλαμβάνουν την αποδοχή της συνιστώμενης στρατηγικής αντιμετώπισης και την αλλαγή της δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς. Οι Witte & Allen, το (2000) σε μια μετα-ανάλυση της χρήσης του φόβου σε σχέση με την δημόσια υγεία, πρότειναν ότι τα έντονα εκφοβιστικά μηνύματα παράγουν υψηλά επίπεδα της καλούμενης αντιληπτικής ευαισθησίας και είναι πιο πειστικά, από ότι τα ασθενή. Τα αποτελέσματα έδειξαν, επίσης, ότι οι εκκλήσεις του φόβου παρακινούν αφ' ενός προσαρμοστικές ενέργειες ελέγχου του κινδύνου, όπως η αποδοχή μηνυμάτων, αφετέρου και δυσπροσαρμοστικές ενέργειες ελέγχου του φόβου, όπως η αποφυγή η αντίσταση ή και η αυτόματη απόρριψη (Witte & Allen, 2000). Όσον αφορά το δεύτερο, ο Wood, θεωρεί ότι όταν η απειλή είναι μεγαλύτερη από την αντιμετώπιση, ο φόβος λειτουργεί ως «μπουμερανγκ», δηλαδή, οι αντιδράσεις απέναντι στο φόβο μπορεί να υποκινήσουν την απόρριψη των μηνυμάτων μέσω αμυντικών μηχανισμών (Wood 2000).

Όλες αυτές οι προσεγγίσεις φαίνεται να προσδίδουν ένα θετικό και λειτουργικό προσανατολισμό στη χρήση του φόβου στο επικοινωνιακό παιχνίδι. Ο Wood, υποστηρίζει ότι η επιστήμη συνεχίζει να ερευνά τη μελέτη του φόβου σε ευρύτερα μοντέλα της διάθεσης και της επιρροής και πέρα από τη χρήση του φόβου για την αλλαγή στάσεων απέναντι στην υγεία και στην ασθένεια. Ο φόβος, όπως όλες οι άλλες συναισθηματικές αντιδράσεις, εμφανίζεται σε ευρεία ποικιλία καταστάσεων (Wood

---

<sup>25</sup> Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι διαφορετικά κριτήρια της πειθούς έχουν υιοθετηθεί και από τις δύο προσεγγίσεις. Αυτά συμπεριλαμβάνουν (1) αλλαγή τοποθέτησης, (2) συμπεριφοριστικές προθέσεις, (3) αναφερόμενη συμπεριφορά, (4) πραγματική συμπεριφορά, και (5) μικτά κριτήρια, (Skilbeck et al., 1977).

2000). Και εδώ μπαίνει στο χορό ένας δεύτερος παράγοντας της σύγχρονης επικοινωνιακής στρατηγικής: *Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης*. Ο Russell (1950) έγραφε ότι «ούτε ένα άτομο, ούτε ένα πλήθος, ούτε ένα έθνος, μπορεί να νιώθει ασφάλεια, ώστε να ενεργήσει ανθρωπιστικά ή να σκεφτεί λογικά κάτω από την επιρροή ενός μεγάλου φόβου». Η 11<sup>η</sup> Σεπτεμβρίου του 2001, για παράδειγμα, υποστηρίζει, ο Lakeman, ότι σφράγισε το τέλος μιας εποχής και προανήγγειλε αυτό που έχει περιγραφεί ως «σφαιρικός πολιτισμός του φόβου» (Lakeman, 2006).

Πέρα και πάνω, λοιπόν, από τις θεωρητικές και ερευνητικές προσεγγίσεις για τρόπο που επιδρά ο φόβος στην διαμόρφωση και την αλλαγή της κοινής γνώμης, εύλογα αναρωτιέται κανείς για την συμβολή των μέσων επικοινωνίας απέναντι στο συναίσθημα του φόβου. Πως καλλιεργείται το «εγκώμιο» του φόβου από τα ΜΜΕ; Η λογική των «*MEDIA*» καθορίζεται σαν μια μορφή επικοινωνίας που αφορά τη διαδικασία μέσω της οποίας τα ΜΜΕ διαβιβάζουν και μεταβιβάζουν πληροφορίες (Altheide, 2006). Η Τσαλικογλου (1999) αναφέρει χαρακτηριστικά «Μια αίσθηση περιρρέοντος φόβου μας ζώνει από παντού. Τα πρωτοσέλιδα των εφημερίδων, τα ρεπορτάζ, οι ειδήσεις, όλα συνηγορούν υπέρ του φόβου». Ο φόβος, το έγκλημα, η τρομοκρατία, και η θυματοποίηση είναι παλιοί και αγαπημένοι γνώριμοι των ΜΜΕ, ώστε να αναπαράγεται, αυτό που ο Altheide (2006), έχει ονομάσει ως ο «λόγος» περί του φόβου.

Εν παραδείγματι, ο Jack Katz, σχολιάζοντας τον τρόπο με τον οποίο παρουσιάζεται το έγκλημα και ο εγκληματίας, επισημαίνει «Τα εγκλήματα γίνονται άξια δημοσίευσης όταν θυματοποιούν την ελίτ, την κυρίαρχη τάξη» (Katz, 1987). Μια άλλη εργασία έχει καταδείξει ότι, ο σύνδεσμος του εγκλήματος με το φόβο έχει προωθήσει έναν περί φόβου λόγο, με τέτοιο τρόπο όπου, η κυρίαρχη επικοινωνία, η συμβολική συνειδητοποίηση, και η προσδοκία του κινδύνου, αλλά και ο κίνδυνος ο ίδιος, μετουσιώνονται σε κεντρικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα της καθημερινής ζωής (Altheide, 1997).

Επιπλέον, οι δημοσιογραφικοί απολογισμοί για την τρομοκρατία στις Ηνωμένες Πολιτείες, παραδείγματος χάριν, απεικονίζουν την εμπιστοσύνη που δείχνουν οι οργανώσεις στις επίσημες πηγές ειδήσεων, στο να παρουσιάζουν διασκεδαστικές αναφορές, συμβατές με μια παλαιόθεν, καθιερωμένη συμβολική εικόνα του φόβου, του εγκλήματος, και της θυματοποίησης ενάντια στις απειλές που επικεντρώθηκε στο «μότο» ως «πάλη ενάντια στην τρομοκρατία» (Altheide, 2006). Ο Garofalo, επίσης, υποστηρίζει πως μέσα από την προβολή εικόνων και παραστάσεων μορφών φόβου, έστω και μη πραγματικών, αυξάνεται σημαντικά ο αριθμός των εφημερίδων, περιοδικών και θεατών της τηλεόρασης. Η προβολή ακόμα και επίπλαστων εγκλημάτων, προβάλλεται κατά κόρον, γιατί «ψυχαγωγούν» και κατά συνέπεια «αποβάλλουν την ανία της πραγματικότητας» (Garofalo, 1981).

Ο σημαντικότερος, όμως, αντίκτυπος του «λόγου περί φόβου», κατά τον Altheide, είναι η ικανότητα του να προωθηθεί μια αίσθηση αναταραχής και μια πεποίθηση ότι «τα

πράγματα είναι εκτός ελέγχου» (Altheide, 2006). Διότι είναι γεγονός ότι ο φόβος δεν απορρέει αποκλειστικά από τα προβλήματα που σχετίζονται με την εγκληματικότητα, τη βία, την τρομοκρατία και τη θυματοποίηση, αλλά αντανακλά τις γενικότερες ανασφάλειες των ατόμων και ένα αίσθημα διάχυτης αβεβαιότητας απέναντι στην κοινωνική πραγματικότητα (Lakeman, 2006). Οι πρόσφατες θεωρητικές αναλύσεις της επικοινωνίας του φόβου έχουν υιοθετήσει την αναλογία της ανησυχίας κατάστασης και του γνωρίσματος. Η ανησυχία επικοινωνίας θεωρείται αντιπροσωπευτική της γενικής ανησυχίας γνωρίσματος που είναι μια λειτουργία των διαταραγμένων διαδικασιών προσωπικότητας. Η δημόσια ομιλία του φόβου αντιπροσωπεύει την κρατική ανησυχία και είναι μια λειτουργία της κανονικής κοινωνικής ανησυχίας αξιολόγησης (Lohr et al., 1980).

Αυτή η λογική—δηλαδή η έμφαση και ο προσανατολισμός που υιοθετείται από τα μέσα ενημέρωσης, οι διαδικασίες και τα μηνύματα — μοιάζει να είναι στοχοκατευθυνόμενη, τοποθετημένη σε μια φόρμουλα, ιδιαίτερα πολυθεματική, εξοικειωμένη με το ακροατήριο, αλλά συγχρόνως και εύχρηστη (Altheide, 2006). Είναι πρόδηλος, στη συγκεκριμένη αυτή περίπτωση, ο κατασκευαστικός και αυτόνομος χαρακτήρας της μαζικής επικοινωνιακής διαδικασίας του συναισθήματος του φόβου. Προβαίνοντας, σε μια προσωπική τοποθέτηση, μπορούμε να υποστηρίξουμε, πως ο «λόγος περί φόβου» στην ατομική και κοινωνική πραγματικότητα, στηρίζεται σε αυτό που ο Mead (1962) πρότεινε ως «συμβολική αλληλεπίδραση», παράγεται και καταναλώνεται μαζικά, αυτό που ο Moscovisi (1961) έχει υπογραμμίσει ως επικοινωνία μέσω των «κοινωνικών αναπαραστάσεων», αποθηκεύεται και κληρονομείται μέσω αυτού που ο Jung (1939) όρισε ως «συλλογικό ασυνείδητο» και τέλος διαμορφώνεται αλλά και διαμορφώνει γνώμες και στάσεις μέσω αυτού του μηχανισμού που χαρακτήρισε ο Festinger (1957) ως «γνωστική ασυμφωνία».

#### **4.3 Το συναισθημα του φόβου στη θρησκεία**

Για τις κοινωνικές ομάδες, όπως και για τα άτομα, εάν το στένεμα της αντίληψης και της γνώσης που υποκινούνται από το φόβο είναι μη ρεαλιστικό ή αδικαιολόγητο, τότε, γράφει ο Fuller (2007), ένας φόβο-καθοδηγούμενος τρόπος πολιτιστικής ομιλίας, είναι πιθανό να είναι ακόμα πιο δυσπροσαρμοστικός. Η κατανόηση πώς τα ιδιαίτερα συναισθήματα, όπως ο φόβος, έχουν επιπτώσεις στην αντίληψη και τη γνώση, υπόσχεται μια νέα θέαση των θρησκευτικών φαινομένων (Fuller, 2007). Η θρησκεία είναι ακριβώς ένας τρόπος, λέει ο Lerner, για να δεχτούν οι άνθρωποι ότι αυτό που πιστεύουν δεν μπορεί να αλλάξει (Lerner 2006). Το συναισθημα του φόβου αποτελεί τον κεντρικό πυρήνα της πίστης. Είναι ο φόβος, που από την αυγή του χρόνου,

σμίλεψε το *homo religiosus*, τον θρησκευόμενο άνθρωπο, οδηγώντας τον στην επινόηση του θείου, του πάνθεου, σε κάθε λογής θρησκευτικές δοξασίες και συναφείς πρακτικές, από το απλό φυλακτό έως πιο σύνθετες συμπεριφορές (Μπουλώτης, 2006).

Ο Friedrich Schleiermacher (1768-1834) προσδιόρισε ότι η ουσία της θρησκείας είναι η ευσέβεια, και ότι η ευσέβεια συνίσταται στο συναίσθημα της απόλυτης εξάρτησης. Από πού πηγάζει, όμως, αυτό το συναίσθημα της απόλυτης εξάρτησης και πώς σχετίζεται με το συναίσθημα του φόβου; (Roberts, 2006). Ο Freud (1927), υποστήριζε ότι ο φόβος είναι ο κύριος υποκινητικός παράγοντας και η κύρια ψευδαισθητική ροπή της ανθρωπότητας προς τη διατύπωση θεϊστικών πεποιθήσεων. Έτσι θεώρησε ότι το συναίσθημα του φόβου συνδέεται στενά με την ανθρώπινη αδυναμία και προοιωνίζει τις θρησκευτικές διαθέσεις που δικαιολογημένα —αλλά τραγικά—δαιωνίζουν τις ίδιες τις αδυναμίες μας που απαιτούν άμεση ικανοποίηση (Freud 1927).

Ο William James (1978) πρότεινε ότι το θρησκευτικό συναίσθημα, το οποίο βλέπουμε να αναφέρεται σε τόσα πολλά βιβλία, παίρνει τη μορφή μιας ενιαίας διανοητικής οντότητας (Roberts, 2006). Στους ψυχολογικούς και φιλοσοφικούς στοχασμούς της θρησκείας, βρίσκουμε τους συντάκτες να προσπαθούν να διευκρινίσουν ποια είναι η ακριβής αυτή οντότητα. Ένα άτομο τη συνδέει με το συναίσθημα της εξάρτησης και κάποιο άλλο τη δημιουργεί μέσα από το συναίσθημα του φόβου. Ο φόβος αποτελεί μόνο ένα μέρος στη γένεση της θρησκευτικής πίστης και ο θρησκευτικός φόβος είναι το μόνο συνηθισμένο συναίσθημα της θρησκείας που προβάλλεται μαζικά (Roberts, 2006).

Αλλά και ο Rudolf Otto, επίσης, προσδιόρισε ιδιαίτερα είδη συναισθηματικής εμπειρίας, όπως ο φόβος (*tremor*), ως αρμόδια για την παραγωγή της θρησκείας (Fuller, 2007 & Roberts, 2006). Σύμφωνα με τον May, το συναίσθημα του φόβου πηγάζει από μια εσωτερική περιγραφή της κατάστασης του πειρασμού του ανθρώπου (May 1999). Στο μέτρο που ο φόβος επηρεάζει τις θρησκευτικές κατασκευές του κόσμου, θα αναμέναμε μια τέτοια έννοια της θρησκευτικότητας να επιδεικνύει ένα ή περισσότερα από τα πρωτότυπα χαρακτηριστικά, που καθορίζουν αυτό το ιδιαίτερο τύπο συναισθηματικής αντίδρασης (Fuller, 2007). Ίσως, συνεχίζει ο καθηγητής της φιλοσοφίας, να μπορούμε να εξηγήσουμε το ρόλο του φόβου στη θρησκευτική ζωή, με το να εξετάσουμε τον τρόπο με τον οποίο οι χριστιανικές κοινότητες έχουν αποκριθεί ιστορικά σε αυτόν μέσω της αποκαλυπτικής θεολογία;

Οι Πατέρες Της Εκκλησίας έδωσαν μια άλλη διάσταση στο συναίσθημα του φόβου και το ερμήνευσαν ως πνευματικό συναίσθημα (Kazhdan, 1991). Κατά την Αγία Γραφή, μετά τη διάπραξη του προπατορικού αμαρτήματος οι πρωτόπλαστοι καταλήφθηκαν από φόβο. Ο φόβος είναι αποτέλεσμα του αισθήματος της ενοχής και η ενοχή δείγμα της καταστροφής της κοινωνίας προς το πρόσωπο που βλάπτεται, ταυτόχρονα όμως και εσωτερική φωνή για αποκατάσταση (Βάντσιος, 2002). Για τον Νεμέσιο και τον Ιωάννη

Δαμασκηνό ο φόβος διακρίνεται σε έξι κατηγορίες: στον οκνό, την αιδώ, την αισχύνη, την κατάπληξη, την έκπληξη και την αγωνία (Kazhdan, 1991). Ο Niebuhr (1941), υποστήριξε ότι ο φόβος είναι κεντρικής σημασίας για το θεολογικό δόγμα. Κάθε πράξη του ανθρώπου, δημιουργική ή καταστροφική, εμπεριέχει κάποιο στοιχείο φόβου. Ο φόβος έχει την πηγή του στο γεγονός ότι ο άνθρωπος είναι από τη μία μεριά πεπερασμένος, ριγμένος σαν τα ζώα στις απρόοπτες και αναγκαστικές καταστάσεις της φύσης. Αλλά από τη άλλη ο άνθρωπος έχει ελευθερία (May, 1999).

Ο Μέγας Βασίλειος μίλησε για τον καλό και τον κακό φόβο. Ο καλός φόβος είναι ο φόβος του Θεού, ενώ ο κακός οφείλεται στη έλλειψη πίστης (Kazhdan, 1991). Ο Hollander, υπογραμμίζει ότι η Εβραϊκή Βίβλος μιλά για το φόβο του Θεού (*yirat elohim*) και το φόβο των ουρανών (*yirat shamayim*), αλλά αυτός ο φόβος δεν αναλύεται ως θετική κατάσταση, αλλά παρουσιάζεται ως ένα μίγμα δέους και ανησυχίας, με μια ιδιαίτερη επικέντρωση στην έννοια της προσεκτικότητας. Ο φόβος και η αγάπη (*ahavah*) του Θεού είναι ζευγαρωμένοι, και το «*ahavah*» φαίνεται να έχει επιπτώσεις στις διάφορες ραβινικές ερμηνείες της φύσης του «*yirat*», προσδιορίζοντας το ακόμη και σε μερικά σημεία (Hollander, 2004). Ο Spinoza σε μια κεντρική ανάλυση της εβραϊκής θρησκείας — αν και ισχύει σε οποιαδήποτε θρησκεία — διακρίνει μεταξύ του Θείου νόμου και του εθιμοτυπικού νόμου. Ο νόμος του Θεού διατάζει μόνο τη γνώση και την αγάπη Θεού και τις ενέργειες που απαιτούνται για την επίτευξη αυτού του στόχου. Η αγάπη προς το Θεό πρέπει να οφείλεται όχι στο φόβο της τιμωρίας ή στην ελπίδα των ανταμοιβών, αντίθετα οφείλει να είναι αποτέλεσμα της καλοσύνης (Nadler, 2005).

Ο Lerner (2006), τοποθετεί το φόβο στο κέντρο της ύπαρξης της θρησκευτικής πίστης. Κατά τον Lerner, η φωνή του φόβου βρίσκει την αντανάκλασή της στη θρησκευτική γλώσσα. Ο φόβος δεν είναι τίποτα άλλο από ένα συναίσθημα σύμφυτο με το λόγο του Θεού. Σύμφωνα με το παράδειγμα του φόβου, η θρησκευτική πορεία του Θεού, έχει να κάνει πρώτιστα, με τη δημιουργία των ορίων και των περιορισμών και δεύτερον με την παροχή του προς εμάς των θρησκευτικών πρακτικών με σκοπό να μας αποτρέψουν από το να περιέλθουμε στους ατελείωτους πειρασμούς που μας περιβάλλουν (Lerner, 2006). Για τον May, ωστόσο, ο θρησκευτικός φόβος, είναι ένας πρωτόγονος φόβος, ο φόβος του αγνώστου, ο φόβος των δυνάμεων που ο άνθρωπος δεν μπορεί να ελέγξει, ούτε να κατανοήσει. Αυτός ο φόβος δεν είναι καινούργιος: στην κλασική του μορφή είναι ο φόβος του παράλογου θανάτου. Αλλά στη διάρκεια της νύχτας επιδεινώθηκε. Έχει εκραγεί από το ασυνείδητο και έχει κατακλύσει το συνειδητό, κατέκλυσε το νου με μια αρχέγονη αγωνία....Εκεί που ο άνθρωπος δεν μπορεί να βρει απάντηση θα βρει φόβο (May, 1999).

Παρόλα αυτά η θεοκρατική αντίληψη για τον κόσμο θεωρεί ως «*αρχήν σοφίας φόβον Θεού*» και ο φόβος στο πλαίσιο της οργανωμένης θρησκείας και κοινωνίας έχει κανονιστική λειτουργία για την επιβολή και το σεβασμό των κοινωνικών κανόνων, ως

μηχανισμός πρόληψης και αναστολής (Πολυμέρου- Καμηλάκη & Καραμανές 2006). Φυσικά, τα βιολογικά και ψυχολογικά "γεγονότα " μιας τέτοιας συναισθηματικής εμπειρίας, όπως ο φόβος δεν μπορούν από μόνα τους να ρίξουν οριστικό φως στα σύνθετα θρησκευτικά ή πολιτιστικά φαινόμενα. Είναι σημαντικό, κατ' επέκταση, τονίζει ο Fuller, να είμαστε προσεκτικοί σε υποθέσεις του τύπου, ότι όλα τα πρόσωπα που αγκαλιάζουν την αποκαλυπτική θεολογία, το κάνουν επειδή παρακινούνται από τη συναισθηματική εμπειρία του φόβου του θεού (Fuller, 2007).

#### **4.4 Ο φόβος στην τέχνη**

Η τέχνη δίνει μια άλλη διάσταση στο συναίσθημα του φόβου· το μετουσιώνει σε ένα συναίσθημα, που ο Stearns το αποκάλεσε ως «*συναίσθημα dujour*» (Stearns, 2006). Ο φόβος πουλάει βιβλία. Ο φόβος πουλάει ταινίες. Ο φόβος πουλάει εφημερίδες και περιοδικά (Kelsall, 2007). Ο φόβος «πουλάει» γενικώς!!! Η τηλεοπτική, η καλλιτεχνική, η λογοτεχνική αλλά και η κινηματογραφική γραφή από τη μία, «παίζουν» με το συναίσθημα του φόβου, από την άλλη προσπαθούν και να το μορφοποιήσουν και να το προσωποποιήσουν (Jones, 2005). Αρκετά λογοτεχνήματα με θέμα το φόβο εκδίδονται κάθε χρόνο. Ο May τονίζει ότι κλασικοί συγγραφείς και ποιητές όπως ο Kafka, ο Hesse και ο Auden προσπαθούν να αποκαλύψουν μια πλειάδα συμπτωματικών και ψυχολογικών ενδείξεων του φόβου και της αγωνίας. Ο Albert Camus μίλησε για τον «αιώνα του φόβου» συνειδητοποιώντας ότι ο φόβος δεν είναι μία επιστήμη, αλλά μια τεχνική και που η επιστήμη πρέπει κατά κάποιο τρόπο να εμπλέκεται (May, 1999). Εκθέσεις της μοντέρνας τέχνης, γύρω από το φόβο και τις επιπτώσεις του στην κοινωνία, αυξάνουν με εκθετικό βαθμό. Για παράδειγμα, το Μητροπολιτικό Μουσείο Της Μοντέρνας Τέχνης εκθέτει έργα με θέμα «*Οι Κίνδυνοι Της Σύγχρονης Διαβίωσης*», ενώ μια έκθεση ζωγραφικής στη Γαλλία, παρουσιάζει έργα αφιερωμένα στην «*Τέχνη Του Φόβου*» (Stearns, 2006). Η γοτθική τέχνη προέβαλλε, επιπρόσθετα, έναν κόσμο γεμάτο φόβο, κακούς οίωνους και παράλογες δεισιδαιμονίες, που κατά κάποιο τρόπο εμφανίζεται πιο ενδιαφέρον και συναρπαστικός, από ότι ο λογοκρατικός σύγχρονος κόσμος (Haeffner, 2006)

Επίσης, ο Ελβετός καλλιτέχνης Ugo Rondinone, στα γλυπτά του ασχολείται συχνά με μυθικούς χαρακτήρες ζώων. Ο συνδυασμός αρχαίας μυθολογίας και αλληγορίας με σύγχρονες ανησυχίες που χρησιμοποιεί ο καλλιτέχνης, δημιουργεί εικόνες τρομακτικές αλλά ταυτόχρονα και κωμικές (De Oliveira, 2006). Σύγχρονοι ωστόσο, καλλιτέχνες δεσμεύουν το συναίσθημα του φόβου με την ανάπτυξη της αμφιβολίας (Jones, 2005).

Ο «διάβολος»,<sup>26</sup> παραδείγματος χάριν, στο έργο των Loriot/Melia, αποκαλύπτεται μόνο μέσω της πίστης μας και αποτελεί μια πολιτισμική εικόνα, μια ανθρώπινη προβολή του απόλυτου και έσχατου φόβου που ενσπείρει αμφιβολίες (De Oliveira, 2006).

Η αμφιβολία έχει μια βαθιά κοινωνική επίδραση επειδή υποκινεί συλλογικές διαδικασίες. Στρατολογώντας την αισθητική απόσταση, οι καλλιτέχνες επιδιώκουν να υποκινήσουν το σκεπτικισμό αντί της ευπιστίας, την παραγωγική αμφιβολία αντί της ευσεβούς βεβαιότητας, τη δημόσια συνομιλία αντί του ιδιωτικού φόβου (Jones, 2005). Η έκθεση με θέμα «*Παράμετροι Του Φόβου*» που πραγματοποιήθηκε στη γκαλερί «Μου» στο Ελσίνκι, εξετάζει τη φύση και την επιρροή του φόβου στη σύγχρονη κοινωνία (Gayer, 2005). Μια άλλη έκθεση, στην Αμερική, με θέμα «*Αντιμετωπίζοντας Το Φόβο*» παρουσίασε τη συνεκτική κοινωνιολογική εξερεύνηση της μεταβαλλόμενης φύσης του φόβου, μέσα από την παράνοια της κλασσικής τηλεόρασης ως μέσο διάδοσης του φόβου, καταδεικνύοντας έξυπνα τη φύση και τον καθορισμό του σύγχρονου τρόμου (Horton, 2000).

Ο φόβος μπορεί να θεωρηθεί, κατά συνέπεια, ως θετικό συναίσθημα από πολλές απόψεις· η πιο σημαντική ίσως είναι η διαπίστωση ότι ο φόβος μπορεί να μας δώσει μεγάλη ευχαρίστηση. Αυτό φαίνεται κυρίως όπως λόγου χάρη στην έβδομη τέχνη και στην ανάπτυξη ταινιών αγωνίας, γνωστών και ως θρίλερ (Haeffner, 2006). Ο Averill (2005) υποστήριξε, εξάλλου, ότι όλα τα συναισθήματα αποτελούν σημαντικές παραμέτρους της δημιουργικής δραστηριότητας είτε ως διαμεσολαβητές, είτε ως παράγωγά της. Ο Shenk, επιπροσθέτως, θεωρεί ότι η ουσία του κινηματογράφου - η λέξη προέρχεται από το ελληνικό *kinema*, που σημαίνει «κίνηση»,- βρίσκεται στο συνδυασμό δύο πτυχών της ανθρώπινης ψυχής: στην εικόνα και στην κίνηση. Η κινηματογραφία είναι δυνατή λόγω δύο οπτικών φαινομένων: στην εμμονή του οράματος και στη συνιστώσα «*Ψυ*» των φαινομένων (Shenk, 2006).

Αλλά και η γερμανική λέξη *Angstlust* (απόλαυση του φόβου) εκφράζει πλήρως τη δυναμική που εκμεταλλεύεται ο κινηματογράφος στην παραγωγή ταινιών με κυρίαρχο συναίσθημα το φόβο (Haeffner, 2006). Ο ίδιος, ο Χίτσκοκ, έλεγε χαρακτηριστικά « δεν υπάρχει τρόμος στον κρότο του όπλου, αλλά στην αναμονή του μπαμ» δίνοντας έναν μελλοντικό προσανατολισμό στο συναίσθημα του φόβου. Οι ταινίες του διερευνούν συχνά το θέμα της ενοχής και του φόβου. Αλλά «ο φόβος είναι ο φόρος που πληρώνει η συνείδηση στην ενοχή (Haeffner, 2006).

Αυτός ο επεξεργασμένος φόβος, έχει τις ρίζες του σε αυτό που ο Αριστοτέλης είχε ονομάσει κάθαρση (catharsis). Το αίσθημα του τρόμου<sup>27</sup> και της αγωνίας, ως παράγωγο του κινηματογράφου, είναι λυτρωτικό και παράλληλα άκρως εκτονωτικό και ευχάριστο

---

<sup>26</sup> Το έργο τους, *Le Diabole Probablement* είναι η προβολή της σκιάς ενός απόκοσμου προσώπου, που ξεπροβάλλει από το ημίφως. Ο τίτλος κάνει λόγο για πιθανή εικόνα του διαβόλου. Παρόλα αυτά επειδή δεν υπάρχει αδιαμφισβήτητη απόδειξη για την ύπαρξή του, η αλήθεια αυτού του ισχυρισμού δεν μπορεί να επιβεβαιωθεί (De Oliveira, 2006).

<sup>27</sup> Ο τρόμος προέρχεται από το λατινικό «*terrere*», που σημαίνει να τρέμει (Hollander, 2004)



γιατί είναι επίπλαστο (Hjort, 1997). Η ψυχαναλυτική οπτική ίσως έχει να μας πει τα περισσότερα για το φόβο στην τέχνη. Η αισθητική εμπειρία στην ψυχαναλυτική σκέψη, επηρεασμένη από την αριστοτελική οπτική του φόβου, δηλώνει, άλλωστε, τον εξαερισμό των επιρροών και των επιθυμιών που καλύπτεται μέσω της αρχής της ευχαρίστησης και του καταναγκασμού της επανάληψης (Sirois, 2008). Ο φιλτραρισμένος φόβος μέσα από την τέχνη μας προσφέρει διαφυγή από την μονοτονία και την προβλεψιμότητα της σύγχρονης ζωής (Haeffner, 2006).

Ότι μας ευχαριστεί, με αλλά λόγια, θέλουμε να το επαναλάβουμε. Για τον Lacan, μάλιστα, η κεντρική δυναμική της ανθρώπινης ύπαρξης είναι η επιθυμία, ειδικότερα η επιθυμία για την απόλαυση ή την ευχαρίστηση, οι οποίες είναι πλήρως σεξουαλικές. Ο Άλλος παρουσιάζεται ως σημαίνον, το αντικείμενο της ικανοποίησης για αυτήν την επιθυμία (Dethy, 2000). Και η ψυχανάλυση και ο κινηματογράφος, εξάλλου, δημιουργήθηκαν μέσα στο πλαίσιο μιας θεμελιώδους έντασης, που απεικονίζεται σε όλη την ιστορία της δυτικής συνείδησης, μεταξύ των εννοιών της πραγματικότητας, του αντικειμένου και του υποκειμένου, που γίνονται κατανοητές είτε μέσω της εμπειρίας είτε της φαντασίας. Όπως είτε αντικειμενικός είτε υποκειμενικός, για να κατανοηθούν μέσω των εμπειρικών μέσων είτε της φαντασίας (Sirois, 2008). Αλλά, αυτός ο λακανικός άλλος, παραμένει πάντα έξω από τον έλεγχο της επιθυμίας, αφήνοντας στο υποκείμενο την αίσθηση της «αβύσσου», της «απουσίας», της «έλλειψης», του «χάσματος» ή του "κενού." Το δυσβάστακτο αυτής της έλλειψης, υπερασπίζεται από το υποκείμενο μέσω της φαντασίας, και η είναι φαντασία που μετατρέπεται σε φαινομενική ουσία της ύπαρξής μας. Με τη φαντασία στο έδαφος του υποκειμένου, η ταυτότητα γίνεται αβέβαιη. Το καλύτερο που μπορεί να αναμένει κανείς είναι μια "απόλαυση" του συμπτώματος (Dethy, 2000). Αντιλαμβανόμαστε, λοιπόν, ότι ο φόβος μέσα από τις τέχνες, εν γενει, φαίνεται να εξυπηρετεί τέτοιου είδους ανάγκες και αγωνίες.

Στο σημείο αυτό, αξίζει να αναφερθούμε στο έργο του Χίτσκοκ, μιας και οι ταινίες του έχουν μονοπωλήσει τους ψυχαναλυτικούς κριτικούς. Ο Haeffner (2006) γράφει πως δεν θα μπορούσε να γίνει καμία συζήτηση με θέμα το φόβο στην έβδομη τέχνη χωρίς να γίνει αναφορά στο όνομα του Άλφρεντ Χίτσκοκ. Για τον Χίτσκοκ, που ήταν επηρεασμένος από τον γερμανικό εξπρεσιονισμό, η περιπλάνηση στην άγρια πλευρά της ζωής αποδεικνύεται τελικά ότι είναι γεμάτη αναπάντεχες αισθητικές απολαύσεις (αλλά και τρομακτικές σημασίες), κρυμμένες πίσω από τα αντικείμενα της καθημερινής μας εμπειρίας (Haeffner, 2006). Διότι η εμπειρία της παρακολούθησης μιας ταινίας απεικονίζει ή προϋποθέτει την ύπαρξή μας, δεδομένου ότι αποτελείται από έναν συνδυασμό παρουσίας και απουσίας. Οι εικόνες "ξεπετάγονται" στην οθόνη, αφήνοντας μας "στο σκοτάδι" και στην παρουσία τους είναι αντιπροσωπεύσεις του πραγματικού. Οι ηθοποιοί είναι απλά πρότυπα προς μίμηση (Sirois, 2008).

Η ψυχανάλυτρια M. Klein χρησιμοποιεί τον όρο «προβλητική ταύτιση» για να περιγράψει φαντασιώσεις και απειλητικές καταστάσεις που δεν μπορούμε να

διαχειριστούμε. Διχοτομώντας το αντικείμενο της αγάπης του, το παιδί κατορθώνει ταυτόχρονα να εξιδανικεύσει και μισήσει το γονιό. Εξωτερικεύοντας και προβάλλοντας τα μπερδεμένα συναισθήματά του, αρχίζει να δημιουργεί ένα κόσμο όπου όλα έχουν δύο υποστάσεις (Chodorow, 2002). Όλοι έχουμε σε κάποιο βαθμό αυτή την παρανοϊκή φαντασίωση, καθώς μας βοηθά να λειτουργούμε μέσα σε ένα κόσμο γεμάτο με «μηχανισμούς προβολής» και «διχοτομικές διαδικασίες» ανάμεσα στο καλό και το κακό (De Oliveira, 2006). Η ανάγκη της μορφής του φόβου μετατρέπει το «ανοικείο» σε «οικείο» και αυτό είναι κάτι που μας βοηθά να αντιμετωπίσουμε τις απειλές και να προβάλλουμε τις αγωνίες μας (Jones, 2005).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### Η ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ

---

*Κανένα συναίσθημα, δεν ληστεύει από το μυαλό,  
όλες τις δυνάμεις της δράσης και της λογικής σκέψης,  
τόσο αποτελεσματικά, όπως ο φόβος!!!*

*Burke, Edmund.*

#### 5.1 Από τον φυσιολογικό στον παράλογο φόβο

Ο Φόβος. Το πιο αρχαίο των «παθών» και το πιο βασικό από τις χημικώς προκαλούμενες συγκινήσεις που συνήθως αποκαλούμε συναισθήματα (Jones, 2005). Ένα, επίσης, από τα πιο ισχυρά και τα πιο απωθητικά συναισθήματα (Armfield, 2006). Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες, το σύστημα φόβου οργανώνει ένα συμπεριφοριστικό σχέδιο δράσης (*πάλη ή φυγή*) για την αντιμετώπιση του επερχόμενου κινδύνου. Μόλις το απειλητικό ερέθισμα εξαφανίζεται, η ένταση της αντίδρασης μειώνεται και ο φόβος αρχίζει να εξαφανίζεται (Hamm & Weike 2005). Διότι η περίοδος διάρκειας του κανονιστικού φόβου είναι σχετικά βραχύβια (Gullone, 2000). Δυστυχώς όμως, αυτή η μορφή προστασίας ενέχει και ένα κόστος· αποτελεί συνάμα και τον ακρογωνιαίο λίθο μιας συνεχούς δυσφορίας, ενός εκκολαπτόμενου φόβου του άγχους (Kim & Gorman, 2005), κάτι που Barlow χαρακτήρισε ως «το φαινόμενο του ψεύτικου συναγερμού» (False Alarm)(Barlow, 2000). Το ζήτημα εάν το άγχος είναι ανάλογο του συναισθήματος του φόβου φαίνεται να είναι καθαρά σημασιολογικό· η διαφορά ανάμεσα στο φόβο και στη φοβία εντοπίζεται μεταξύ του κανονικού, του προσαρμοστικού φόβου και του ανώμαλου και δυσπροσαρμοστικού φόβου (άγχος, φοβίες)(Kim & Myers, 2002).

Διότι υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες το συναίσθημα του φόβου παραμένει, γίνεται χρόνιο, παθολογικό και δημιουργείται κατά αυτόν τον τρόπο ένα δυσάρεστο αίσθημα ανησυχίας της «επόμενης φοράς» (Armfield, 2006). Με άλλα λόγια το συναίσθημα του φόβου γιγαντώνεται και το άτομο αδυνατεί να διαχειριστεί το σύστημα του συναγερμού, με αποτέλεσμα να παραμένει μόνιμα ανοικτό (Kim & Gorman, 2005). Τότε ο φόβος μετατρέπεται σε φοβία. Η φοβία είναι ένας επίμονος και παράλογος φόβος απέναντι σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο, χώρο, δραστηριότητα ή και κατάσταση, που έχει σαν αποτέλεσμα την έντονη επιθυμία αποφυγής του «φοβικού αντικειμένου» από άτομο (American Psychiatric Association [APA], 1994). Κατά συνέπεια, το φοβικό πρόσωπο καταδυναστεύεται, επειδή αναμένει το κακό και τον κίνδυνο σε κάθε στροφή, αντί να είσαι σε θέση να απολαύσει τις χαρές της ζωής που εμφανίζονται (Kim & Gorman, 2005). Η ανικανότητα που προκαλείται από τις φοβίες

φαίνεται να έχει επιπτώσεις στην ψυχική υγεία του ατόμου, στην κοινωνική και οικογενειακή του ζωή ακόμη και στη σωματική του υγεία (Regier, et all., 1998).

Αυτό που χαρακτηρίζει κυρίως τις φοβίες, είναι ότι ο φόβος είναι δυσανάλογα μεγάλος, σε σχέση με το ερέθισμα και τον κίνδυνο που διατρέχει το άτομο από αυτόν, ο φοβικός αναγνωρίζει το παράλογο του φόβου του (WHO, 1992) και επίσης, το άτομο αισθάνεται ανίκανο ελέγξει το φόβο του (Kim & Myers, 2002). Εντούτοις, υπάρχει μια σημαντική διάκριση μεταξύ του παθολογικού και του φυσιολογικού φόβου. Δηλαδή, ενώ πειράματα με ζώα στο εργαστήριο, έδειξαν ότι οι μαθημένες φοβικές απαντήσεις μπορούν να εξαφανιστούν, οι φοβικές διαταραχές στους ανθρώπους είναι αρκετά ανθεκτικές στην εξάλειψή τους (Kim & Myers, 2002). Ο φόβος στις φοβικές διαταραχές είναι υποκειμενικός ως προς τις φυσιολογικές και συμπεριφορικές απαντήσεις του ατόμου. Δεν διαφοροποιείται από άλλες καταστάσεις φόβου και μπορεί να κυμανθεί από την ελαφρά δυσφορία έως το ξέσπασμα πανικού. Οι ανησυχίες του φοβικού είναι πιθανό να σχετίζονται με μεμονωμένα συμπτώματα (π.χ. σφυροκόπημα καρδιάς) ή να εμφανίζονται μαζί με δευτερεύοντες φόβους (π.χ. απώλεια του ελέγχου). Η σκέψη και μόνο της φοβικής κατάστασης προκαλεί ήδη στο άτομο αγχώδη προσμονή (WHO, 1992, APA, 1994).

Πρόσφατα ο Leahy, υποστηρίζει ότι κάθε φοβική διαταραχή συνεπάγεται και ένα συναισθηματικό σχήμα (ερμηνείες και στρατηγικές) των αισθήσεων, των συναισθημάτων ή των παρεισφρητικών σκέψεων και εικόνων, που είναι εγγεγραμμένο στην εμπειρία των ατόμων που πάσχουν (Leahy, 2007). Παραδείγματος χάριν, στην κοινωνική φοβία οι προβληματικές εικόνες και σκέψεις σχετίζονται συχνά με τα αυτό-αναφερόμενα συμπτώματα του άγχους όπως το κοκκίνισμα ή η εφίδρωση (Hirsch & Holmes, 2007). Επίσης, πολλοί άνθρωποι που πάσχουν από φοβίες συχνά αναρωτιούνται αν έχουν τρελαθεί ή αν είναι φυσιολογικοί επειδή έχουν αυτές τις σκέψεις. Η ανησυχία αυτή συνδέεται συνήθως με το φόβο, τη νευρικότητα, το άγχος, και τον πανικό που ακολουθεί αυτές τις σκέψεις (Gogas, et, all, 2007).

Οι Kim & Myers θεωρούν ότι οι παράλογοι φόβοι ίσως να οφείλονται εν μέρει σε μια ανισορροπία της επεξεργασίας των ερεθισμάτων από την αμυγδαλή (amygdala) (Kim & Myers, 2002). Λόγου χάριν, στους περισσότερους ανθρώπους η εικόνα ενός φιδιού μέσα σε ένα προστατευμένο πλαίσιο (πίσω από ένα παράθυρο) θα αποσπάσει μια διαφορετική απάντηση από ένα φίδι που αντιμετωπίζεται στο φυσικό περιβάλλον. Επιπλέον, ενώ οι σωματικές εκδηλώσεις του συστήματος του φόβου έχουν σκοπό να προετοιμάσουν τον οργανισμό για τη φυγή ή τη μάχη, στις περιπτώσεις των φοβιών αποτελούν επιπρόσθετη αιτία δυσφορίας και συμβάλουν στη συμπεριφορά αποφυγής (Goodwin, 1986). Σύμφωνα με την παραπάνω άποψη οι Kim & Gorman υποστηρίζουν ότι όλες οι φοβικές διαταραχές φαίνονται να μοιράζονται θεμελιώδεις ομοιότητες από την άποψη αυτού του γενικού συστήματος ευπάθειας, αλλά τονίζουν και την ομοιότητα των απαντήσεων στις φαρμακολογικές θεραπείες (Kim & Gorman, 2005). Επίσης, όλοι

οι παθολογικοί φόβοι σχετίζονται και με άλλα συναισθηματικά σχήματα όπως αυτά της ντροπής και της ενοχής (Leahy, 2007).

## 5.2 Οι μορφές του παθολογικού φόβου

Σύμφωνα με τον Reiss (1991), οι θεμελιώδεις φόβοι παρέχουν τη βάση για ένα ευρύ φάσμα των ερεθισμάτων, ενώ οι κοινοί φόβοι όχι. Όλες οι μορφές και αντιδράσεις του φόβου, θεωρεί ο Taylor, συμπεριλαμβανομένων των επιθέσεων πανικού και των φοβιών, προκύπτουν από τρεις θεμελιώδεις φόβους: την ευαισθησία στην αγωνία, το φόβο της αρνητικής αξιολόγησης, και την ευαισθησία απέναντι σε τραυματισμούς/ασθένεια (Taylor, 1993). Μάλιστα, ένα δημοσιευμένο προσφάτως, βιβλίο υποστηρίζει, για παράδειγμα, ότι ο φόβος του πόνου εξηγεί την υψηλή επικράτηση του κινδύνου εμφάνισης ψυχοπαθολογίας στους ασθενείς με χρόνιο πόνο (Asmundson et al., 2004).

Οι φοβίες όπως αναφέρθηκε, είναι οι υπερβολικοί ειδικοί φόβοι. Τα κυριότερα είδη των φοβιών είναι η *αγοραφοβία* (φοβίες καταστάσεων), η *κοινωνική φοβία* (φόβος αρνητικής κριτικής) και η *απλή ή ειδική φοβία* (φοβίες αντικειμένων ή και φοβίες ζώων)<sup>28</sup> (WHO, 1992, APA, 1994). Ένα σημαντικό πρόβλημα που εμφανίζεται στην έρευνα της κατηγοριοποίησης και περιγραφής των φοβικών διαταραχών είναι ότι αυτό γίνεται με βάση της παρούσας συμπτωματολογίας παρά στη συσχέτιση προσωπικών γεγονότων που διαπλέκονται με την ιστορία ζωής των φοβικών (Menzies & Clarke, 1994).

Τα συμπτώματα που περιλαμβάνονται σήμερα στις φοβικές διαταραχές είναι γνωστά ήδη από την εποχή του Ιπποκράτη ( Μάνος, 1997). Η έννοια της διαταραχής πανικού έχει τις ρίζες της στην αντίληψη του συνδρόμου ευερέθιστης καρδιάς (*σύνδρομο Da Costa*), που παρατηρήθηκε σε στρατιώτες στη διάρκεια του Αμερικανικού εμφυλίου πολέμου (Kaplan & Sadocks, 1998). Στη Βίβλο, μάλιστα, τα συμπτώματα του υπερβολικού φόβου χαρακτηρίζονται ως *rachadh* και διαχωρίζονται σαφώς από « το φόβο του θεού» εκείνου που πραγματικά πιστεύει (Hastings, 1909). Ο όρος αγοραφοβία καθιερώθηκε το 1871, για να περιγράψει την κατάσταση κατά την οποία ο ασθενής φοβάται να ριψοκινδυνεύσει την παραμονή του σε δημόσιους χώρους (Kaplan & Sadocks, 1998).

Ωστόσο, η τελική κατηγοριοποίηση έγινε τελευταία σε κλινικές οντότητες μέσω των ταξινομικών συστημάτων. Και στα δύο ταξινομικά συστήματα οι φοβικές διαταραχές χωρίζονται στις τρεις κατηγορίες που προαναφέραμε. Η ειδοποιός διαφορά των δυο αυτών συστημάτων έγκειται στο γεγονός ότι, στο DSM-IV της Αμερικανικής

---

<sup>28</sup> Άλλοι ερευνητές θεωρούν κάποιες άλλες μορφές φοβιών όπως η διαταραχή πανικού και η μετατραυματική διαταραχή ότι ανήκουν στις αγχώδεις διαταραχές (Hofmann, 2008). Αναφέρουμε εδώ ενδεικτικά τις κυριότερες μορφές φοβιών γιατί μεμονωμένα έχουν αναφερθεί άπειρα είδη φοβίας όπως για παράδειγμα γελτοφοβία (Willibald & Proyer, 2008), ανθρωποφοβία (Zhang, et al., 2001) κ.α.

Ψυχιατρικής Εταιρίας (APA), η αγοραφοβία εντάσσεται στις φοβικές διαταραχές μόνο εφόσον δεν έχει προηγηθεί η διάγνωση της διαταραχής πανικού, ενώ στο ICD-10(WHO) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η αγοραφοβία διαχωρίζεται σε αγοραφοβία μετά διαταραχής πανικού και σε αγοραφοβία άνευ διαταραχής πανικού<sup>29</sup> (APA, 1994, WHO, 1992). Ο Freud, ωστόσο, ήταν ο πρώτος που επεσήμανε τη σχέση μεταξύ προσβολών πανικού και αγοραφοβίας (Kaplan & Sadocks, 1998). Ας δούμε όμως αναλυτικότερα κάθε μία από αυτές τις κύριες μορφές φοβίας:

### ***Η Αγοραφοβία Και Η Διαταραχή Πανικού***

Το κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα της διαταραχής πανικού είναι οι επαναλαμβανόμενες και απροσδόκητες *κρίσεις πανικού* (Kaplan & Sadocks, 1998, Taylor, 2006). Οι περισσότεροι ασθενείς με την διαταραχή αποφεύγουν τις καταστάσεις όπου σκέφτονται ότι μια κρίση πανικού μπορεί να εμφανιστεί, και η αποφυγή αυτή μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρό περιορισμό τη ζωή τους. Η αγοραφοβία μπορεί να εμφανιστεί χωρίς κρίση πανικού, αν και οι ασθενείς μπορούν να παρουσιάσουν επεισόδια όπως γαστρο-εντερικά ενοχλήματα και διάρροια που είναι ισοδυναμούν με κρίση πανικού (Taylor, 2006).

Η αγοραφοβία πήρε το όνομά της από τις ελληνικές λέξεις *αγορά* και *φόβος* και θεωρείται από τις χειρότερες φοβίες (Kaplan & Sadocks, 1998), στην βαρύτερη μορφή της μπορεί να περιορίσει τον άρρωστο να παραμένει κατ' οίκον για μεγάλα χρονικά διαστήματα (έως και χρόνο) (Goodwin, 1986). Η διαταραχή αυτή αφορά τον παράλογο φόβο ενός ατόμου να βρίσκεται ανάμεσα σε αγνώστους, σε μέρη ή καταστάσεις όπου η δυνατότητα διαφυγής μπορεί να είναι δύσκολη (ανσασέρ) (APA, 1994) ή σε καταστάσεις που το άτομο μπορεί να νιώθει αβοήθητο, αν θα του συμβεί κάτι σχετικό με την υγεία του ανεξάρτητα από την παρουσία πλήθους ή όχι (Goodwin, 1986). Τα άτομα που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή διακατέχονται από έναν εντονότατο φόβο ότι θα πάθουν καρδιακό επεισόδιο, θα λιποθυμήσουν ή θα χάσουν τον έλεγχο του εαυτού τους. Ο φόβος και η αγωνία τους κινείται προς δύο κατευθύνσεις · είτε «θα πάθουν κάτι κακό» που συνοδεύεται από το αίσθημα του αβοήθητου, είτε «θα γίνουν ρεζίλι» που συνοδεύεται από το φόβο της αρνητικής κριτικής (APA, 1994). Η αγοραφοβία διαφέρει από την κοινωνική φοβία στο ότι ο ασθενής δεν φοβάται τον κίνδυνο της επίκρισης του άλλου και την αρνητική κριτική (Bourdon, et all., 1988).

---

<sup>29</sup> Στην κλινική πράξη, ωστόσο η αγοραφοβία και η διαταραχή πανικού συμβαίνουν τόσο συχνά μαζί, που είναι λίγες οι περιπτώσεις που η κάθε μία διαταραχή συναντιέται μόνη της ( Μάνος, 1997).

## **Η Κοινωνική φοβία**

Η κοινωνική φοβία (*social phobia*) συνιστά έναν φόβο ταπείνωσης ή αμηχανίας σε κοινωνικές καταστάσεις ή σε καταστάσεις που το άτομο έχει να επιτελέσει κάτι μπροστά σε κόσμο (WHO, 1992). Με άλλα λόγια κάτω από αυτή τη διαταραχή κρύβεται ο φόβος της αρνητικής αξιολόγησης, που αποτελεί μια σημαντική και συχνή πτυχή της κοινωνικής φοβίας (Faytout, et all, 2007). Κατ' επέκταση, η κοινωνική φοβία είναι μια κοινή διαταραχή που συσχετίζεται με τη σοβαρή εξασθένηση της λειτουργικότητας, των ρόλων και των έργων που έχει να επιτελέσει ένα άτομο ( Gogas, et all, 2007). Ο ασθενής φοβάται την κακή εντύπωση που μπορεί να προκαλέσει με πιθανά λάθη που σχετίζονται με τη συμπεριφορά του ακόμα και σε πολύ απλές ενέργειες και ως συνέπεια του φόβου του αποφεύγει τις κοινωνικές σχέσεις που είναι πιθανό να τον εκθέσουν ( Katzelnick & Greist, 2001).

Άτομα που πάσχουν από κοινωνική φοβία, συχνά, σκέφτονται λεπτομερώς τις επικείμενες κοινωνικές καταστάσεις προτού να πάνε σε ένα κοινωνικό γεγονός. Κατά τη διάρκεια αυτής της προκαταβολικής φάσης, η αρνητική αυτό-εικόνα τους ενεργοποιείται και δεδομένου ότι η αρνητική εικόνα αντιπροσωπεύει το αντικείμενο του φόβου, αυτό τους δημιουργεί μεγάλο άγχος ( Hirsch & Holmes, 2007). Οι άνθρωποι με την κοινωνική φοβία αντιπροσωπεύουν μια ετερογενή ομάδα ασθενών. Η ποικιλομορφία της κοινωνικής φοβίας, παραδείγματος χάριν, αφορά τον αριθμό και τον τύπο των κοινωνικών φόβων, τη συχνότητα της αποφυγής, την συσχετιζόμενη αναπηρία λόγω των φόβων, τα κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά, την ηλικία έναρξης, την ικανοποίηση από τη ζωή, τις κοινωνικές δεξιότητες και τον αυτοσεβασμό (Vriends, et all., 2007).

Για παράδειγμα, σε ιαπωνικά δείγματα ασθενών, έχουν αναγνωριστεί μορφές κοινωνικής φοβίας όπως ο «φόβος της σχέσης» ή ο «φόβος της προσβολής» φαίνεται να συσχετίζεται με ειδικά πολιτισμικά στοιχεία της κοινωνικής φοβίας (Vriends, et all., 2007). Η ανθρωποφοβία (*Anthrophobia*) μάλιστα, αποτελεί μια φοβική διαταραχή που πρωτοαναγνωρίστηκε στην Κίνα και στην Ιαπωνία. Το πυρηνικό της σύμπτωμα είναι ο φόβος της βλεμματικής επαφής με τους άλλους. Ο ανθρωποφοβικός, σε βαρύτερη μορφή μπορεί να μετατραπεί σε ένα εντελώς αποσυρμένο άτομο από την κοινωνία προκειμένου να αποφύγει οποιαδήποτε επαφή με τα άλλα ανθρώπινα όντα (Zhang, et all., 2001). Γι' αυτό, αυτή η μορφή κοινωνικής φοβίας είναι και δύσκολο να διαφοροδιαγνωσθεί από την αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας (OCD) (Kaplan & Sadocks, 1998).

## **Η Ειδική ( απλή) φοβία**

Η ειδική φοβία (*specific phobia*) αφορά το συναίσθημα του φόβου απέναντι σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο ή κατάσταση που κατά κανόνα είναι δυνητικά απειλητικά για το άτομο και δεν επεκτείνονται ώστε να συμπεριλάβουν και άλλα ερεθίσματα ως φοβογόνα (APA, 1994, WHO, 1992). Αυτό που χαρακτηρίζει τις απλές φοβίες είναι ότι φοβικά ερεθίσματα είναι πολύ εξειδικευμένα και περιορίζονται σε μια μόνο κατηγορία ή και υποκατηγορία (Goodwin, 1986). Ωστόσο, η φοβική αντίδραση προκαλεί σοβαρή διαταραχή των λειτουργικών ικανοτήτων του ατόμου, επειδή, αναγκάζεται σε αρκετές περιπτώσεις να υπομείνει τη φοβία του (Kaplan & Sadocks, 1998).

Σε πολλές περιπτώσεις, χαρακτηριστικό των ειδικών φοβιών είναι η πρόκληση άγχους και στη σκέψη και μόνο ότι τα άτομα θα έρθουν σε επαφή με το φοβικό αντικείμενο, κάτι που τους οδηγεί σε πολύπλοκες συμπεριφορές ώστε να αποφύγουν αυτή την επαφή (Goodwin, 1986). Στις απλές φοβίες συγκαταλέγονται συνήθως φοβίες καταστάσεων (κλειστοφοβία, φοβία εξετάσεων, αιμοφοβία, νυχτοφοβία κ.α), φοβίες ζώων, (φιδιών, ερπετών, σκύλων, αλόγων, ποντικών κ.α), φοβίες αντικειμένων (νερού, βρωμιάς, σκόνης, κ.α.) (APA, 1994, WHO, 1992). Εντούτοις, όσο σφοδρή και αν είναι μια ειδική φοβία, σπάνια καταλήγει σε ανικανότητα και τα άτομα που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή, έχουν σε γενικές γραμμές μια φυσιολογική ζωή, μέχρι τη στιγμή που έρχονται σε επαφή με φοβογόνο ερέθισμα (Goodwin, 1986).

### **5.3 Επιδημιολογικά δεδομένα των παθολογικών φοβών**

Οι φόβοι και οι φοβίες είναι διαταραχές άκρως αποδιοργανωτικές και ψυχοπαιστικές που ασκούν μεγάλη επίδραση στη ζωή ενός ατόμου. Εμφανίζουν υψηλό επιπολασμό και αντιπροσωπεύουν ένα σοβαρό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία (Distel, et, all., 2008) επειδή πλείστων των περιπτώσεων εμπλέκονται με σύνοδες διαταραχές. Αποτελούν τόσο συχνές διαταραχές που το ποσοστό του επιπολασμού τους φτάνει το 25%, κατά τη διάρκεια της ζωής και συνοσυρούν συχνά και με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη (Hettema et all., 2001). Διάφορες μελέτες που έχουν μετρήσει τον επιπολασμό του άγχους και της κατάθλιψης μαζί, βρήκαν ότι κυμαίνεται από 7% έως 50% στα διαφορετικά αστικά κέντρα (Khan, et all., 2007). Επίσης, βρήκαν υψηλά ποσοστά με συνοσηρότητας<sup>30</sup> με άλλες ψυχικές διαταραχές όπως η εξάρτηση και κατάχρηση οινόπνευματος/ουσιών και η αυτοκτονία (Khan, et all., 2007). Μόλις πρόσφατα, επιπλέον, η έρευνα εστιάστηκε στη σχέση φόβου και άγχους στην προεφηβική και εφηβική ηλικία, όπου ο φόβος εκφράζεται με τη μορφή επεισοδίων

---

<sup>30</sup> Η έννοια της συνοδού νοσηρότητας ή συνοσηρότητας εμφανίστηκε στη βιβλιογραφία από το χώρο της επιδημιολογίας των ιατρικών ασθενειών. Ο όρος δημιουργήθηκε από τον Feinstein το 1970, και περιλαμβάνει κυρίως την αναφορά σε δύο κλινικές διαγνώσεις (Krueger & Markon, 2008).



πανικού. Οι Nelles και Barlow (1988) επιχειρηματολογούν κατά της έννοιας των προεφηβικών επεισοδίων πανικού. Οι Alessi, Robbins, και Disaver (1987) καθώς και οι Last και Strauss (1989) έρχονται να υποστηρίξουν αυτή τη θέση, καθώς φαίνεται ότι η πρώτη εμφάνιση των κρίσεων πανικού παρουσιάζεται στην εφηβική ηλικία και κυρίως στο γυναικείο φύλο (Byrne Bruce, 2000).

Η αγοραφοβία (*agoraphobia*) με ή χωρίς διαταραχή πανικού (*panic disorder*), είναι μια από τις πιο κοινές και σημαντικές αγχώδεις διαταραχές στο γενικό πληθυσμό στο δυτικό κόσμο με επι σε ένα έτος 2-3% στην Ευρώπη. Η αγοραφοβία χωρίς πανικό εμφανίζεται σε άλλο 1% του πληθυσμού (Taylor, 2006). Σε κλινικά δείγματα άνω των 95% των ασθενών με αγοραφοβία συνδέονται με μία τρέχουσα ή προηγούμενη εμφάνιση διαταραχής πανικού (Taylor, Asmundson & Wald, 2007). Η διαταραχή πανικού συσχετίζεται επίσης, με παθολογικές καταστάσεις συμπεριλαμβανομένων την πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας, την ημικρανία, το άσθμα και την υπέρταση. Δεν είναι απόλυτα εξακριβωμένο, αν αυτές οι συσχετίσεις αποτελούν τυχαία ευρήματα των επιδημιολογικών ερευνών ή πραγματική αιτιολογική συσχέτιση. Οι πιο ηλικιωμένοι ασθενείς, επίσης, που παρουσιάζουν διαταραχές πανικού και συμπεριφορές αποφυγής έχουν αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής θνητότητας ασθενείς και ο λόγος για αυτή την συσχέτιση είναι ασαφής (Taylor, 2006).

Η κοινωνική φοβία είναι μια χρόνια ασθένεια με μια ελαφρώς μεγαλύτερη επίπτωση στις γυναίκες από ότι στους άντρες (15% έναντι 11%, αντιστοίχως), με αναδρομικές έρευνες να δείχνουν μια μέση διάρκεια περί τα 25 έτη. Η ετήσια επίπτωση για όλους τους τύπους της κοινωνικής φοβίας εκτιμάται στο 8%, με μια επίπτωση κατά τη διάρκεια της ζωής περί το 13%. Επιπλέον, γυναίκες με χαμηλή βασική λειτουργικότητα τη στιγμή της διάγνωσης έχουν και το μεγαλύτερο κίνδυνο να μεταπέσουν σε χρονιότητα (Gogas, et, all, 2007). Ο φόβος των ζώων είναι επικρατών σε πολλές χώρες. Στην Αυστραλία, οι μελέτες έχουν βρει ότι μέχρι 40% των παιδιών πάσχουν από φόβο των ζώων όπως η αράχνοφοβία και ο φόβος για τα φίδια, ενώ στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής το 22% περίπου του φόβου ενηλίκων περιλαμβάνει το φόβο των φιδιών και το 13% αναφέρεται στο φόβο των σκυλιών (Armfield, 2007). Συμπερασματικά, οι φοβικές διαταραχές αποτελούν τόσο κοινές διαταραχές στον πληθυσμό (Hofmann, 2008) που δείχνουν να αποτελούν ένα ουσιαστικό ποσοστό του σφαιρικού φορτίου της ασθένειας και προβάλλονται ως τη δεύτερη πιο κοινή αιτία ανικανότητας μέχρι το 2020 (Khan, et all.,2007).

#### **5.4 Αιτιολογική προσέγγιση και θεραπευτική αντιμετώπιση**

Η μετάβαση από το φυσιολογικό στον παράλογο φόβο έχει απασχολήσει πολλούς επιστημονικούς κλάδους και έχει μια μακρά ιστορία. Εντούτοις, η αιτιολογία του

φοβικού φόβου είναι ακόμα ανεπαρκώς κατανοητή (Distel, et, all, 2008). Οι περισσότεροι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η δυσκολία του «ξεκαθαρίσματος» της αιτιολογίας των φοβιών, έγκειται στο γεγονός ότι οι αυτό-αναφορές των φοβικών στηρίζονται σε αναδρομικές εκθέσεις των σημαντικών γεγονότων της ζωής τους που εμπριέχουν και την ιστορία έναρξης της φοβίας τους. Και αυτό είναι κάτι που επιτρέπει την ύπαρξη και την παρεμβολή πολλών άλλων συγχρητικών παραγόντων στην κατανόηση του παράλογου φόβου. Ένα άλλο επαναλαμβανόμενο πρόβλημα αφορά τη δυσμενή επιρροή των προκαταλήψεων (bias) των ερευνητών για το πώς οι φοβίες μπορούν να δημιουργηθούν. Η επιλογή της μεθοδολογίας πάρα πολύ συχνά έχει εξαρτηθεί από τη θεωρητική θέση των ερευνητών, και την εν δυνάμει μεθοδολογίας τους. Ποικίλοι ερευνητές έχουν επιβάλει οι ίδιοι προκαταρκτικούς περιορισμούς επάνω στα πιθανά αποτελέσματά τους (Muris and Merckelbach 2001).

Η ψυχοδυναμική οπτική, υποστηρίζει ότι οι φοβίες προέρχονται από ασυναίσθητες λιβιδινικές συγκρούσεις και τραυματικές εμπειρίες (Burnham et all., 2006). Η επιλογή του φοβικού αντικειμένου πραγματοποιείται μέσω μιας συμβολικής διαδικασίας και στην ουσία αντιπροσωπεύει τους ρεαλιστικούς και πραγματικούς ασυνείδητους φόβους (Freud, 1917). Για παράδειγμα, η αγοραφοβία ερμηνεύεται και ως μια κατάσταση παλινδρόμησης σε συμπεριφορές της παιδικής ηλικίας, που πυροδοτείται από μια επαναβίωση της σχέσης μητέρας παιδιού, η οποία δεν ήταν αρκετά ικανοποιητική ή δεν βιώθηκε ως τέτοια από τον πάσχοντα (Freud, 1926).

Η συμπεριφοριστική θεωρία καταλήγει στο συμπέρασμα ότι ο παράλογος φόβος μαθαίνεται κατευθείαν από το περιβάλλον και είναι αποτέλεσμα μάθησης (κλασσικής και συντελεστικής) (Burnham et all., 2006). Με άλλα λόγια μαθαίνουμε να φοβόμαστε το φόβο. Υποστηρίζεται, μάλιστα, η άποψη ότι καθώς οι διαταραχές αυτές περνούν στη χρονιότητα, γίνεται μια σταδιακή γενίκευση των φοβογόνων αντικειμένων ή καταστάσεων. Αυτό προκαλείται κυρίως από την συμπεριφορά αποφυγής η οποία παίρνει τη μορφή ενός αρνητικού ενισχυτή του αρχικού φοβικού ερεθίσματος (Ζέρβας & Μαρκίδης, 2000). Ωστόσο, για τις ειδικές φοβίες δεν υπάρχουν σημαντικά ευρήματα μελετών, που να αποδεικνύουν με σιγουριά ότι η εξαρτημένη μάθηση παίζει ρόλο στην αιτιοπαθογένεση της υποβοβίας και της αραχνοφοβίας (Kirby, et all., 1995, Plouton et, all., 1998).

Μεγάλη κατανόηση στη συμβολή των φοβικών διαταραχών μας έχει χαρίσει η γνωστική προσέγγιση. Η δημοφιλέστερη θεωρία έχει προταθεί από τους Clark (1986) και Beck (1988). Σύμφωνα με αυτούς τους θεωρητικούς, οι φοβικές διαταραχές προκαλούνται από καταστροφικές και δυσλειτουργικές πεποιθήσεις και πιστεύω των πασχόντων σε σχέση με την εμπειρία των σωματικών αισθήσεων. Η θεωρία αυτο-αποτελεσματικότητας υποβάλλεται επίσης για να εξηγήσει το μηχανισμό εμφάνισης των φοβικών διαταραχών (Bandura et al., 1977). Το πρότυπο του Barlow (1988), για την

ερμηνεία της διαταραχής πανικού τονίζει, επίσης, τις χαμηλές αντιλήψεις για τον έλεγχο ως βασική μεταβλητή στην ανάπτυξη και συντήρηση της διαταραχής αυτής.

Πέρα από τους ψυχολογικούς παράγοντες που εμπλέκονται στην εμφάνιση και ανάπτυξη των φοβιών, οι υπαινιγμοί για ένα γενετικό υπόβαθρο των φοβικών διαταραχών και οι δείκτες για την κληρονομικότητά τους έχουν εξεταστεί, παρά την αλλαγή των διαγνωστικών κριτηρίων και τις ετικέτες για τις διαφορετικές φοβίες κατά τη διάρκεια των ετών (Wiedemann, 2002). Μελέτες σε διδύμους δείχνουν ότι τα ζεύγη των μονοζυγωτικών διδύμων παρουσιάζουν πολύ συχνότερα συμφωνία ως προς τη διάγνωση των φοβικών διαταραχών παρά τα ζεύγη διζυγωτικών διδύμων (Distel, et al., 2008). Ο Wiedemann, υποστηρίζει ότι, από μεθοδολογική άποψη, οι οικογενειακές μελέτες και οι μελέτες διδύμων πρέπει να διαφοροποιηθούν. Όσον αφορά, για παράδειγμα την διαταραχή πανικού έχει αποδειχθεί ότι οι συγγενείς των ασθενών έχουν έναν αυξανόμενο κίνδυνο παρόμοιας διαταραχής. Μεταξύ των συγγενών ο σχετικός κίνδυνος (relative risk) ανέρχεται μέχρι 30%, ο οποίος είναι σημαντικά διαφορετικός από μια επικράτηση κατά τη διάρκεια ζωής που ανέρχεται περίπου στο 2% στο γενικό πληθυσμό (Wiedemann, 2002).

Γενικά, έχει υποστηριχτεί ότι οι διαφορετικοί τρόποι της αρχικής έναρξης των φοβιών μπορούν να οδηγήσουν σε διαφορετικά φοβικά σχέδια απάντησης και να καθοδηγήσουν επίσης, σε διαφορετικές θεραπευτικές παρεμβάσεις (Rachman, 1977). Σχετικά με την θεραπευτική αντιμετώπιση των φοβιών μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι, επικρατεί ένας «θεραπευτικός πλουραλισμός». Η αντιμετώπισή τους πραγματοποιείται μέσα από φαρμακολογικές θεραπείες, ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις ή το συνδυασμό τους. Οι φαρμακευτικές ουσίες που χρησιμοποιούνται κυρίως περιλαμβάνουν τα νεότερα κυρίως αντικαταθλιπτικά, όπως οι αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και οι βενζοδιαζεπίνες, που έχουν συνήθως άμεση αγχολυτική δράση (Montgomery, 2000).

Οι φαρμακολογικές θεραπείες πρέπει πάντοτε να συνοδεύονται και από ψυχολογικές παρεμβάσεις. Η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία έχει σαν στόχο την αντιμετώπιση της φοβίας διαμέσου της ανάλυσης των τραυματικών εμπειριών που ευθύνονται για τη φοβική νεύρωση. Η συμπεριφοριστική προσέγγιση περιλαμβάνει τεχνικές έκθεσης και σταδιακής απευαισθητοποίησης στο φοβικό ερέθισμα, ώστε να γίνει το «σπάσιμο» της διασύνδεσης του ερεθίσματος με την φοβική αντίδραση, ενώ οι γνωσιακού τύπου ψυχοθεραπείες σκοπεύουν στην συνειδητοποίηση των δυσπροσαρμοστικών γνωσιών που θεωρούνται υπεύθυνες για τον φαύλο κύκλο της παραγωγής του άγχους και στην ενίσχυση της αυτό-αποτελεσματικότητας (Lopez et al., 2001). Σύμφωνα με τον Williams & Laberge, (1994) και Casey, Oei, and Newcombe (2004), η θεραπευτική βελτίωση, παραδείγματος χάριν, στην θεραπευτική αντιμετώπιση της διαταραχής πανικού λειτουργεί μέσω μιας αύξησης στην αντιληπτή αυτο-αποτελεσματικότητα του έλεγχου μιας επίθεσης πανικού ή των σωματικών

αισθήσεων που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια μιας κρίσης πανικού (Bouchard, et all., 2007).

Όσον αφορά, τώρα, την αποτελεσματικότητα των ψυχολογικών παρεμβάσεων, τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες, αφορούν κυρίως στη συνδυασμένη γνωσιακή ψυχοθεραπεία (Lopez-Ibor et all., 2001). Ο συνδυασμός τους με φαρμακοθεραπεία προσφέρει ακόμα μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα (Montgomery, 2000). Τελευταία, μάλιστα, οι γνωστικό συμπεριφοριστικές θεραπείες εφαρμόζονται και με τεχνικές «εικονικής πραγματικότητας» (virtuall reallity), με ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Οι τεχνικές αυτές αφορούν κυρίως, τη θεραπεία για το φόβο του ύψους και το φόβο της πτήσης (Krijn,et all., 2004). Μια άλλη μελέτη που διερεύνησε και το φαινόμενο των «ξαφνικών κερδών<sup>31</sup>» σε 107 συμμετέχοντες με κοινωνική φοβία (social anxiety disorder), που έλαβαν γνωστικό-συμπεριφοριστική ομαδική ψυχοθεραπεία(cognitive-behavioral group therapy), έδειξε ότι τα άτομα με τα ξαφνικά κέρδη παρουσίασαν παρόμοιες βελτιώσεις και στις 2 ομάδες θεραπείας. Αν και η γνωστικό-συμπεριφοριστική θεραπεία συνδέθηκε με περισσότερες γνωστικές αλλαγές από τη θεραπεία έκθεσης, οι γνωστικές αλλαγές δεν προηγήθηκαν των ξαφνικών κερδών (Hofmann, et all., 2006).

---

<sup>31</sup> Τα τελευταία χρόνια, οι ερευνητές ψυχοθεραπείας έχουν ερευνήσει το φαινόμενο των μεγάλων, γρήγορων, και σταθερών μειώσεων στη συμπτωματολογία κατά τη διάρκεια της θεραπείας, η οποία έχει αναφερθεί ως τα ξαφνικά κέρδη (sudden gains) (Hofmann,et all., 2007).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΤΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

---

*"Δε φοβάμαι το θάνατο,  
απλά δεν θέλω να είμαι εκεί όταν συμβεί"*

*Woody Allen*

#### 6.1 Συναισθήματα και υγεία

Η τοποθέτηση ότι τα συναισθήματα επιδρούν στην φυσική υγεία χρονολογείται περισσότερο από δύο χιλιετίες. Οι ιδέες αυτές χρονολογούνται από την εποχή του Ιπποκράτη και επεκτείνονται στις «Διαταραχές της ψυχής» του Galen, στην εργασία του Moses Maimonides, και τις ξαναβλέπουμε σε εργασίες στην περίοδο της αναγέννησης, όπως το ιστορικό βιβλίο « Η ανατομία της μελαγχολίας» του Robert Burton (Consedine & Moskowitz, 2007). Το 1972, ο Peter Sifneos, εισήγαγε στην ψυχιατρική τον όρο αλεξυθιμία<sup>32</sup> (*alexithymia*), για να καταδείξει τη σημασία της αναγνώρισης και έκφρασης των συναισθημάτων στο σχήμα «υγεία- συναισθημα -ασθένεια». Η αλεξυθιμία δεν αποτελεί νοσολογική οντότητα, αλλά ένας όρος χρήσιμος για τους ασθενείς που φαίνονται να μην καταλαβαίνουν τη συναισθηματική τους εμπειρία ή ασθενείς που φαίνεται να στερούνται λέξεων για να περιγράψουν αυτό που αισθάνονται (Muller, 2000).

Ωστόσο, μετά από μακρά περίοδο «βασιλείας» των προσεγγίσεων του συμπεριφορισμού και του ερεθίσματος-αντίδρασης στη συμπεριφορά, τα τελευταία χρόνια, πραγματοποιείται μια έκρηξη ενδιαφέροντος για τα συναισθήματα, τη φύση και τις συνέπειές τους στη συμπεριφορά αλλά και στην υγεία γενικότερα. Για παράδειγμα, η διάγνωση μιας χρόνιας αρρώστιας ή μιας απειλητικής για τη ζωή ασθένειας έχει περιγραφεί ως «κρίση» για τους ασθενείς, που παράγει ισχυρές συναισθηματικές απαντήσεις. Οι ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από σοβαρά νοσήματα, συχνά, βιώνουν έντονα συναισθήματα όπως του φόβου, το άγχους, της θλίψης, το θυμού, και άλλα (Traue, 2001).

Οι Berry & Pennebaker (1993) τονίζουν την σημασία της «συναισθηματικής αποκάλυψης» ως μια πράξη ελεύθερης έκφρασης ή εκμυστήρευσης των συναισθηματικών εμπειριών σε άλλους ανθρώπους, είτε γραπτά είτε προφορικά. Το

---

<sup>32</sup> Ο όρος αλεξυθιμία προέρχεται από το αρχαίο ελληνικό στερητικό α= έλλειψις, και τις λέξεις, λέξις= λέξη και θυμός= συναισθήματα (a=lack, lexis=word, thymos=emotions) και κυριολεκτικά σημαίνει καμία λέξη για τα συναισθήματα (Muller, 2000).

συναισθηματικό αυτό άνοιγμα, συντελεί στην κατανόηση των συναισθημάτων από τους άλλους και συμβάλλει στην αποφόρτιση του ατόμου, μειώνοντας έτσι τον καταστροφικό αντίκτυπο για την υγεία του (Berry & Pennebaker, 1993). Ωστόσο, μια πιο πρόσφατη πειραματική μελέτη των Krantz & Pennebaker (1995), που συγκρίνει τη λεκτική και μη λεκτική έκφραση των συναισθημάτων, βρήκε ότι οι ευεργετικές επιπτώσεις στην υγεία παρατηρούνται μόνο σε αυτούς που συνδυάζουν τη γραπτή έκφραση και με την κινητική έκφραση (Greenberg, Wortman & Stone, 1996).

Αυτές οι διατυπώσεις, ωστόσο, εναρμονίζονται με την άποψη ότι τα συναισθήματα<sup>33</sup>, είναι προσαρμογές που σχετίζονται περισσότερο με μια διαδικασία διαφοροποίησης των εκάστοτε καταστάσεων, παρά ως απλές απαντήσεις του οργανισμού σε ιδιαίτερα ερεθίσματα (Scherer, 1994). Η σχετική βιβλιογραφία για τη διασύνδεση των συναισθημάτων και της υγείας, παρόλο που είναι απέραντη, μπορεί να συνοψιστεί σχηματικά γύρω από δύο αρκετά ισχυρά αξιώματα. Κατ' αρχάς, τα θετικά συναισθήματα προωθούν τη θετική υγεία και επιδρούν σε μια μεγαλύτερη και πιο ικανοποιητική διάρκεια ζωής. Δεύτερον, τα αρνητικά συναισθήματα εξασθενούν την υγεία και αυξάνουν τον κίνδυνο φτωχών εκβάσεων υγείας που κυμαίνονται από την κατάθλιψη ως τις καρδιακές παθήσεις (Campos, et al., 2004).

Τα θετικά συναισθήματα σχετίζονται με καλύτερες εκβάσεις της υγείας στις περισσότερες των περιπτώσεων. Εν παραδείγματι, άτομα με χρόνιες ασθένειες έχουν καλύτερη υγεία όταν είναι αισιόδοξα και δείχνουν να απολαμβάνουν τη ζωή (Consedine & Moskowitz, 2007). Μια έρευνα έδειξε ότι άτομα με αισιόδοξη διάθεση, έχουν ταχύτερη ανάρρωση και ανάκτηση των λειτουργιών τους (π.χ. να καθίσουν, να περπατήσουν, να επιστρέψουν στην εργασία τους) σε σχέση με τα λιγότερα αισιόδοξα. Επίσης, η αισιόδοξια πιθανολογείται ότι συμβάλλει στην υιοθέτηση προστατευτικών συμπεριφορών σε σχέση με την υγεία, όπως η λήψη βιταμινών, η κατανάλωση μιας ισορροπημένης διατροφής, και η σωματική άσκηση (Campos, et al., 2004). Μια επιδημιολογική μελέτη σε ηλικιωμένους στην κοινότητα, έδειξε ότι η ευτυχία συνδυάζεται με μειωμένη θνησιμότητα ανεξάρτητα από την βαρύτητα της κατάστασης της υγείας και του φύλλου (Zuckerman et al., 1984).

Από την πλευρά του νομίσματος, περνώντας στις αρνητικές συναισθηματικές διαθέσεις, γίνεται όλο και περισσότερο σαφές ότι ο θυμός, η θλίψη και πιο πρόσφατα, η ντροπή, μπορούν να έχουν επιβλαβή αποτελέσματα στην υγεία. Οι έρευνες έχουν καταδείξει τη διασύνδεση των διάφορων αρνητικών συγκινήσεων με την εμπειρία της κακής υγείας καθώς επίσης και με την ανάπτυξη διάφορων νοσολογικών καταστάσεων (Traue, 2001). Η κατάθλιψη, μάλιστα, έχει βρεθεί ότι όχι μόνο συνδέεται με αρνητικά συναισθήματα, αλλά συμβάλλει κιόλας στην όξυνση των αρνητικών και στη μείωση των θετικά συναισθημάτων (Campos, et al., 2004). Οι Frasure-Smith et al. (1995), λόγου

---

<sup>33</sup> Η θεωρία για τα συναισθήματα θεωρεί ότι αυτά ότι λειτουργούν ως προσαρμοστικά, εύκαμπτα συστήματα που αποσυνδέουν την σχέση «ερεθίσματος - αντίδρασης» (Scherer, 1994).

χάρη βρήκαν ότι η κατάθλιψη αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα θνησιμότητας σε ασθενείς με καρδιαγγειακά προβλήματα. Ο θυμός εμφανίζεται να έχει την αμεσότερη διασύνδεση από όλα τα συναισθήματα σε σχέση με την υγεία, υποστηρίζουν οι Consedine & Moskowitz. Η οργή, για παράδειγμα, συσχετίζεται θετικά με σωματικά ενοχλήματα στους ηλικιωμένους, με μεγαλύτερη ένταση στο χρόνο πόνο και συχνότερη χρήση υπηρεσιών υγείας. Επίσης, στη στεφανιαία νόσο ο ρόλος του θυμού είναι καλύτερα τεκμηριωμένος (Consedine & Moskowitz, 2007).

Η ενοχή επίσης, έχει δείξει πολλές θετικές συσχετίσεις με εκβάσεις υγείας. Μελέτες έχουν δείξει ότι, η αναμενόμενη ενοχή της ερωτικής επαφής μειώνει την πιθανότητα της πρώτης φοράς και συσχετίζεται με μειωμένα επίπεδα ριφοκίνδυνης συμπεριφοράς σε σχέση με την υγεία με την υγεία (Regnerus & Luchies, 2006, Birkimer, Johnston, & Berry, 2004). Σχετικά με την ντροπή, έχει καταδειχθεί ότι τα άτομα που προκαλούνται (σε πειραματικές συνθήκες) να αισθανθούν ντροπή με το γράψιμο μιας προηγούμενης τραυματικής εμπειρίας για την οποία και κατηγορήθηκαν, παρουσίασαν σαφώς αυξημένα επίπεδα κυτοκινών, αρνητικές ανοσολογικές απαντήσεις και ιδιαίτερα αυξημένα επίπεδα ορμονών του στρες (Campos, et al., 2004). Σύμφωνα με αυτό το συμπέρασμα είναι και ο ισχυρισμός του Cleckley ότι η ψυχοπάθεια συνεπάγεται μια αποτυχία να βιωθούν οι ενσυνείδητες συγκινήσεις της ενοχής και της ντροπής, με συνέπεια μια διαπροσωπική αναισθησία και μια «ασυλία» στην ταπείνωση. Η έλλειψη συναισθηματικού κινδύνου αποκαλύπτεται επίσης και ως έλλειψη ψυχονευρωτικής διαταραχής, δηλαδή οι ψυχοπαθείς είναι απίθανο να φανερώσουν τα συμπτώματα των διαταραχών ανησυχίας (Hicks & Patrick, 2006).

Εν, συμπεράσματι, η ανθρώπινη ύπαρξη, υποστηρίζουν οι Consedine και Moskowitz, ότι γεννιέται, υπάρχει και τελειώνει υπό την παρουσία των συναισθημάτων. Υπό αυτή την έννοια αυτή, είναι γεγονός ότι συσχετίζονται με την υγεία. Κάτι περισσότερο από μια αποκάλυψη είναι η διεισδυτικότητα με την οποία τα συναισθήματα συνδέονται με τις εκβάσεις υγείας και την πολυπλοκότητα αυτών των συνδέσεων (Consedine & Moskowitz, 2007). Από την άμεση αιτιότητα, την παραγωγή ορμονών, και την ανοσολογική λειτουργία στη συμπεριφορά υγείας, την αντίληψη του συμπτώματος, τη λήψη αποφάσεων θεραπείας και την εμμονή, τα συναισθήματα αγγίζουν σε τόσα πολλά σημεία στο φάσμα της υγείας, που είναι τόσο δύσκολο όσο να ξεχωρίσεις το δέντρο από το δάσος (Consedine & Moskowitz, 2007).

## **6. 2 Ο ρόλος του φόβου στην υγεία**

Ο φόβος, όπως έχει αναφερθεί, αποτελεί ένα από τα πιο βασικά ανθρώπινα συναισθήματα, που η λειτουργία του συνίσταται, κατά κύριο λόγο, στην προφύλαξη/επιβίωση του οργανισμού από τα απειλητικά ερεθίσματα (Jones, 2005, Armfield, 2006,

Hamm, 2005). Εκτός, από αυτή τη λειτουργική διάσταση του φόβου, φόβος φαίνεται να διαμεσολαβεί σε πλείστες άλλες καταστάσεις και πέρα της προστασίας. Οι φόβοι μπορεί να είναι πολύ προσωπικοί -όπως φόβος της αρρώστιας, φόβος της ανεργίας, φόβος του καρκίνου, φόβος της ανικανότητας, φόβος της μοναξιάς, φόβος του θανάτου. Οι φόβοι μπορεί να είναι κοινωνικοί όπως φόβος της παγκόσμιας αύξησης της θερμοκρασίας λόγω του φαινομένου του θερμοκηπίου, της καταστροφής του περιβάλλοντος, της τρομοκρατίας, ή του πολέμου (Kelsall, 2007).

Στο πλαίσιο της υγείας, ο φόβος και το άγχος, φαίνεται, να διαμεσολαβούν σε όλα τα επίπεδα. Ο φόβος κάνει τους ανθρώπους να αντιλαμβάνονται τον κόσμο ως απειλητικό και να βρίσκονται συνεχώς σε μια κατάσταση επαγρύπνησης για τις αρνητικές εκβάσεις της υγείας. Αυτού του είδους, οι φόβο-εξαρτώμενες αξιολογήσεις των υπηρεσιών υγείας, παράγουν και τα ανάλογα αποτελέσματα στην αντίληψη, την κρίση και στη λήψη απόφασης πάνω στα θέματα υγείας (Campos, et all., 2004). Πολλοί προσωπικοί και κοινωνικοί φόβοι έχουν τις ρίζες τους σε ένα διάχυτο συναίσθημα ανησυχίας σε σχέση με την υγεία. Μερικοί από αυτούς τους φόβους φαίνονται ασήμαντοι, όμως μπορούν να έχουν πολύ μεγαλύτερο αντίκτυπο. Παραδείγματος χάριν, πολλές γυναίκες φοβούνται την ταλαιπωρία της εξέτασης κατά Παπανικολάου (PAP-Test) (Kelsall, 2007). Έρευνες δείχνουν ότι ο σχετικός φόβος γύρω από την υγεία συνδέεται, επίσης, με τη συχνή χρησιμοποίηση πηγών τηλε-πληροφορίας (online information sources) ( Eastin & Guinsler, 2006).

Ένα μεγάλο σώμα ερευνητικών μελετών είναι πεπεισμένο για την εμπλοκή του άγχους και του φόβου στις καρδιακές παθήσεις, καταδεικνύοντας τα ως αιτιακό παράγοντα τις βιολογικές απαντήσεις του άγχους στον ανθρώπινο οργανισμό (Kubzansky et all., 2006). Σύμφωνα με τον Cox, η σχετική ένταση του άγχους ενός ατόμου που αφορά ένα αντικείμενο φόβου μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας ατομικής διαφοροποίησης, με την έννοια ότι αυξημένα επίπεδα άγχους πρωταρχικά παράγονται, όταν πυροδοτούνται από συγκεκριμένα φοβικά ερεθίσματα, τα οποία είναι παρόμοια και πιο κοντά στους δικούς τους φόβους. Υπάρχουν μάλιστα ισχυρές ενδείξεις, για παράδειγμα, ότι η ειδικότητα του άγχους που σχετίζεται με αντικείμενα/καταστάσεις φόβου αποτελεί σημαντικό παράγοντα στον καθορισμό της συχνότητας και της έντασης του άγχους που εκλύεται κατά τη διάρκεια βιολογικών προκλήσεων (Cox, 1996). Ο Rainville και οι συνεργάτες του, σε μια πρόσφατη μελέτη, έδειξαν μάλιστα, ότι ο φόβος μπορεί να συνδεθεί και με αυξημένο ποσοστό καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας που απεικονίζεται μέσω των ποικίλων συνδυασμών των συμπαθητικών και παρασυμπαθητικών αλλαγών (Rainville et, all.,2006).

Επίσης, ο οδοντικός φόβος συσχετίζεται με μακροπρόθεσμες επιπτώσεις σε σχέση με την υγεία (Armfield et all., 2007). Διάφορες μελέτες έχουν αποκαλύψει μια διασύνδεση του οδοντικού φόβου και των ιατρικών επισκέψεων και της προηγούμενης εμπειρίας των ασθενειών. Για παράδειγμα, οι Schuller και οι συνεργάτες του το 2003,



σε μια έρευνα τους έδειξαν ότι τα άτομα με πολύ φόβο πρώτον έκαναν τις λιγότερο συχνά επισκέψεις στον οδοντίατρο και δεύτερον είχαν τα περισσότερα αποσυντεθειμένα και ελλείποντα δόντια. Και άλλοι ερευνητές επιβεβαίωσαν τη διασύνδεση μεταξύ του οδοντικού φόβου και της λιγότερο συχνής οδοντικής επίσκεψης, που συσχετίστηκε επιπλέον με αυξανόμενη επίσκεψη για ένα μικρό πρόβλημα και αυξανόμενη κοινωνική και λειτουργική εξασθένηση (Armfield et al., 2007).

Αντιλαμβανόμαστε ότι ο φόβος συνδέεται με την υγεία ποικιλοτρόπως. Μια άλλη σχέση του φόβου συναντάμε σε περιπτώσεις όπου ασθενείς, μετά το πέρας της θεραπείας περνούν μια μακρά περίοδο φόβου και αγωνίας, νιώθουν απροστάτευτοι, επειδή ελλοχεύει ο κίνδυνος της επανεμφάνισης της αρρώστιας. Αυτός ο φόβος είναι κατανοητός και δικαιολογήσιμος λαμβάνοντας υπόψη τον επίμονο κίνδυνο της επανάληψης για ορισμένες ασθένειες όπως ο καρκίνος (Harbeck & Haidinger, 2007). Μια πρόσφατη ανάλυση κατέδειξε τον αυξανόμενο κίνδυνο επανάληψης της ασθένειας κατά τη διάρκεια του χρόνου που οι ασθενείς αντιμετώπιζονταν με ψευδοφάρμακο (placebo), μετά τη διακοπή της θεραπείας τους. Όπως ήταν αναμενόμενο, επομένως, οι ασθενείς μπορούν να είναι πρόθυμοι να λάβουν μια μακροπρόθεσμη θεραπεία, για να αποτρέψουν την επανάληψη υπό τον όρο ότι τα οφέλη ξεπερνούν τους κινδύνους σε βάρος τους και η ποιότητα ζωής τους διατηρείται (Harbeck & Haidinger, 2007).

Το συναίσθημα του φόβου είναι δυνατό να αποδιοργανώσει, να «μπλοκάρει» δηλαδή τις αισθήσεις. Μια έρευνα υποστήριξε ότι τα άτομα με υψηλό άγχος υγείας, αναπτύσσουν ένα τέτοιο σχέδιο (pattern) γνωστικής επεξεργασίας της παρέμβασης που προδιαθέτει στην ερμηνεία των σωματικών αισθήσεων με καταστροφικούς όρους. Για παράδειγμα ενώ το άγχος για την κατάσταση υγείας συνδέεται με μεγαλύτερη ευαισθησία στον σωματικό πόνο, τα αγχώδη άτομα αποδεικνύονται πραγματικά ακατάλληλα στη ακριβή διάκριση των φυσικών συμπτωμάτων (Marcus et al., 2007). Σε αρκετές περιπτώσεις, μάλιστα, η ανησυχία και η επιθυμία να ρυθμιστούν τα φοβικά και αγχώδη συναισθήματα, συνδέονται τακτικά με επιβλαβείς συμπεριφορές για την υγεία, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης των τσιγάρων (Patton, et al., 1996) του οινόπνευματος (Kushner et al., 1994) και ουσιών (Pagano et al., 2007), οι επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές (Crepaz & Marks, 2001), και είτε αυξάνοντας την όρεξη σε μορφή υπερφαγίας (Polivy et al., 1994), είτε καταστέλλοντας την όρεξη μέσω αυτόνομων απαντήσεων (Macht, 2008).

Στις ψυχικές παθήσεις όπως οι ψυχώσεις, από την άλλη μεριά, ο φόβος δημιουργεί πολλαπλά κοινωνικά προβλήματα, αλλά εδώ «λάμπει» δια της απουσίας της δυνατότητας έκφρασης του. Ο Fowles (1980), πρότεινε το μοντέλο του «χαμηλού» φόβου (the low-fear model) και υπέθεσε ότι η φτωχή κοινωνικοποίηση των ψυχικά ασθενών (psychopaths) είναι το αποτέλεσμα της μειωμένης ικανότητας τους να εκφράσουν το φόβο τους. Κατά συνέπεια, παρουσιάζουν μια έλλειψη αναμονής απωθητικών γεγονότων και μια μειωμένη δυνατότητα να ρυθμίσουν τη συμπεριφορά

τους σε σχέση με τις αρνητικές συνέπειες των αντιδράσεων της παρελθοντικής συμπεριφορά τους (Birbaumer et al., 2005). Το συναίσθημα του φόβου επιπλέον, συνδέεται και με γενικότερες στάσεις απέναντι στην ψυχική υγεία. Από καιρό έχει αναγνωριστεί ότι οι άνθρωποι με ψυχική διαταραχή αντιμετωπίζονται με αρνητικά στερεότυπα που συνδέονται με το φόβο της ασθένειας. Παραδείγματος χάριν ο Bucknill (1860) αναφέρεται στην αδικαιολόγητη αντιπάθεια «του ευρέως κοινού στον παράφρονα» και ο Rabkin (1975) συμπέρανε ότι «...οι ψυχασθενείς έχουν πάρει τη θέση των λεπρών ως στόχους της δημόσια αποστροφής, της απέχθειας και της απόρριψης»(p. 435)(Levey and Howells, 1994). Γίνεται φανερό πως ο κύριος μηχανισμός κάτω από αυτές τις συμπεριφορές, εντοπίζεται στο φόβο που υποβόσκει.

Εκτός αυτών, φόβοι για την αρρώστια γενικώς και ιδιαίτερα για τις επιδημικές ασθένειες, τις οποίες ο άνθρωπος τις προσωποποιούσε ως δυσύδεις γυναικείες μορφές, ιδιαίτερα, στις παραδοσιακές κοινωνίες, πάντα καταδίωκαν τους ανθρώπους. Η αρρώστια ανάγεται σε ισχυρή δύναμη με κοινωνικές αλλά και κοσμικές σχέσεις. Οι άνθρωποι δεν είναι απλώς φορείς μικροβίων αλλά άτομα που μπορούν να προκαλέσουν την ίδια την ασθένεια (Πολυμέρου- Καμηλάκη & Καραμανές 2006). Επίσης, ο φόβος που προέρχεται από τις φυσικές καταστροφές (π.χ τυφώνες και κυκλώνες) έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με επιπτώσεις στην υγεία και συγκεκριμένα με την ανάπτυξη της μετατραυματικής διαταραχής (post-traumatic stress disorder-PTSD)(Kar et al., 2007). Ο φόβος όμως, μπορεί να λειτουργήσει και προστατευτικά απέναντι στην υγεία. Μέσω του χειρισμού και της παραγωγής αυτού του συναισθήματος οι καμπάνιες γύρω από την υγεία προσπαθούν να αλλάξουν τις επιβλαβείς στάσεις και συμπεριφορές στον πληθυσμό. Αν και δεν έχει γίνει πλήρως κατανοητό με πιο τρόπο ο φόβος λειτουργεί άμεσα (κλασικός) ή έμμεσα (σύγχρονος) στις διαδικασίες της πειθούς πειθώ, ωστόσο, οι εκκλήσεις φόβου είναι αρκετά δημοφιλείς στις προκλήσεις και προσκλήσεις των ιθυνόντων για την προάσπιση της και θωράκιση της υγείας (Dillard & Anderson, 2004).

Ο φόβος και η αγωνία, κατά συνέπεια, είναι άλλη μια σημαντική κατηγορία συναισθημάτων, που έχουν συσχετισθεί στα πλαίσια της υγείας, και που επεξηγεί κατά κάποιο τρόπο και το εύρος του αντίκτυπου των συναισθηματικών καταστάσεων στις διαδικασίες υγείας (Consedine & Moskowitz, 2007). Σε αυτό το πλαίσιο μάλιστα, η αέναη διαμάχη ανάμεσα στο φόβο και το άγχος δείχνει να εκμηδενίζεται. Ο φόβος και η ανησυχία φαίνεται να λειτουργούν με τον ίδιο τρόπο, ανεξάρτητα εάν η απειλή περιλαμβάνει τα ύψη, ζώα, σκοτάδι, δημόσιες θέσεις, χωρισμό, ή αν οι απειλές σχετίζονται με την υγεία και τον ιατρικό χώρο. Όπως και να έχει όταν «χτυπάει» την πόρτα μας μια απειλή το μόνο συναίσθημα που εμφανίζεται αυτόματα είναι ο φόβος που οδηγεί σε μια μετατόπιση των γνωστικών μας διεργασιών προς την αξιολόγηση της απειλής και την αποφυγή της (Consedine & Moskowitz, 2007).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### Ο ΦΟΒΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

---

*Και το Κοράκι ακίνητο στη προτομή όλο μένει,  
στης Αθηνάς τη προτομή απάνω από τη πόρτα  
και τ' αγριωπά τα μάτια του σα του Διαβόλου μοιάζουν  
όταν μονάχος σκέφτεται. Και το θαμπό λυχνάρι  
ρίχνει σκία στο πάτωμα σαν πέφτει στο Κοράκι.  
Και η ψυχή μου ανήμπορη δε θα μπορέσει πια  
να βγει απ' τον αμφίβολο τον κύκλο της Σκιάς  
που φαίνεται στο πάτωμα.  
Ποτέ από δω και πια!*

*Έντγκαρ Άλλαν Πόε*

#### Εισαγωγικά

Ο πόνος αποτελεί μια πανανθρώπινη εμπειρία. Ο πόνος είναι ένα πανταχού παρόν φαινόμενο που έχει επιπτώσεις στην ανθρώπινη ύπαρξη καθ'όλη τη διάρκεια της ζωής. Παρά την καθολικότητα της εμπειρίας πόνου, ο πόνος ως έννοια ούτε πλήρως μπορεί να οριστεί, αλλά ούτε και να κατανοηθεί με σαφήνεια (Rhudy & Williams, 2005). Ας δούμε όμως τι είναι ο πόνος. Η λέξη «πόνος» προέρχεται από το αρχαίο ελληνικό ρήμα «πένομαι» δηλαδή εργάζομαι σκληρά που ήταν συνώνυμο της έννοιας «καταβάλλω μεγάλη σωματική δύναμη», άρα κουράζομαι πολύ και μάλιστα σε τέτοιο βαθμό που πονάνε τα κόκαλα και το σώμα μου γενικότερα (Μπαμπινιώτης, 2002). Ο πόνος είναι γιος της Έριδας και εγγονός της Νύκτας, σύμφωνα με την ελληνική μυθολογία (Ελληνική Μυθολογία, 1986). Αρχικά, οι Ρωμαίοι, πήραν το παράγωγο της λέξης «πόνος» - «ποινή» και το μετέτρεψαν σε «roena» (ποένα) που σήμαινε «τιμωρία» και αργότερα «εκδίκηση» για μια εγκληματική πράξη. Από εκεί το «roena» ταξίδεψε στη Γαλλία όπου έγινε «raïne» που αρχικά σήμαινε «βασανιστήρια των ιερομαρτύρων» κι από κει αργότερα προήλθε και το αγγλικό «rain» που του δόθηκε η σημασία «πόνος» σαν αποτέλεσμα των πόνων από τα βασανιστήρια, αλλά και τις τιμωρίες γενικότερα (Tyner, 2006).

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το 1979 όρισε τον πόνο όπως θα μπορούσε να τον ορίσει και ένας ψυχολόγος :πρόκειται για ένα υποκειμενικό φαινόμενο, μια αίσθηση και μια δυσάρεστη συγκίνηση, είναι μια εμπειρία που βιώνουμε, η οποία συνδέεται με τραύματα των ιστών, παρόντα ή εν δυνάμει ή που παρουσιάζονται με αυτούς τους όρους (Κανελλοπούλου, 2000).Ο πόνος διακρίνεται σε σωματικό και ψυχικό. Ο σωματικός Πόνος είναι το αποτέλεσμα μιας εισβολής στο εσωτερικό του ψυχικού συστήματος, μιας ώθησης που ήρθε απ' έξω, όπως τονίζει ο Aubert (1996), είναι ένα συναίσθημα, μια αίσθηση που προκαλείται από μαζική είσοδος ενέργειας η οποία

εισβάλλει και καταλαμβάνει το ασυνείδητο, το κέντρο του ψυχισμού (Κανελλοπούλου, 2000).

Ο ψυχικός πόνος, από την άλλη πλευρά, είναι το συναίσθημα που εκφράζει την εξάντληση του εγώ που είναι απασχολημένο μόνο με το να αγαπά απελπισμένα την εικόνα του αγαπημένου που χάθηκε. Ο μαρασμός και η αγάπη συγχωνεύονται σε καθαρό πόνο ( Nasio,1996, σελ.100). Αυτό που πονά δεν είναι η απώλεια αυτού που αγαπάμε, άλλα η δυνατότερη από τότε αγάπη που τρέφουμε γι' αυτόν, ενώ ξέρουμε ότι δεν υπάρχει πια. Η φαντασίωση του άλλου είναι η πραγματική, συμβολική και φαντασική παρουσία του αγαπημένου άλλου στο ασυνείδητο. Πονάω γιατί, χάνοντας τα ζωντανά άλλο, χάνω μια από τις πηγές διέγερσης και τροφοδότησης της δύναμης της επιθυμίας μου, και έτσι χάνω το συμβολικό άλλο που οριοθετούσε και έδινε οντότητα στο ασυνείδητο μου. Με άλλα λόγια, αυτό που τελικά χάνω είναι η συνοχή και η ύφανση μιας φαντασίωσης απαραίτητης για την δομή μου (Κανελλοπούλου, 2000).

Επομένως ο πόνος αποτελεί μια υποκειμενική εμπειρία που επηρεάζεται από ένα σύνολο ψυχολογικών παραγόντων. Την ερμηνεία που δίνει το άτομο στον πόνο του, η οποία με τη σειρά της επηρεάζει την ανοχή και τον τρόπο που αντιδρά σ' αυτόν. Το άγχος και την αίσθηση ελέγχου που πιστεύει ότι μπορεί να ασκήσει επάνω στον πόνο. Τους πολιτιστικούς και κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη, την ερμηνεία και την αντοχή στον πόνο. Την προσοχή που επικεντρώνει στον πόνο του ή στην υπόσταση της προσοχής με την ενασχόληση με δραστηριότητες και ενδιαφέροντα που μειώνουν την αίσθηση του πόνου. Τη στάση και τις αντιδράσεις των γονιών, συγγενών, ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ευρύτερου κοινωνικού περιγύρου. Όμως κανένας από τους προαναφερθέντες παράγοντες δεν καθορίζει από μόνος του την αντίληψη του πόνου υπάρχει μια δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ όλων των παραγόντων και η οποία προσδιορίζει τον τρόπο που το άτομο θα βιώσει τον πόνο σε μια δεδομένη στιγμή (Χατήρα, 2002).

### **7.1 Ο σωματικός πόνος**

Ιστορικά, ο πόνος είχε αντιμετωπισθεί ως δευτεροβάθμιο σύμπτωμα στην παρουσία μια παθολογίας ιστού και, επομένως, αποτελούσε και παράγοντα δευτεροβάθμιας σπουδαιότητας (Gatchel, et all, 2007). Ο πόνος αναφέρεται "σε μια δυσάρεστη αισθητήρια και συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται με την πραγματική ή πιθανή ζημία ιστού, ή που περιγράφεται από την άποψη τέτοιας ζημίας" (Merskey & Bogduk, 1994). Η έννοια, λοιπόν του 'πόνου' κατά καιρούς έχει χρησιμοποιηθεί για να εκφραστεί το αρνητικό συναίσθημα που προκαλείται από κάποιο φυσικό ερέθισμα. Ο πόνος ως σύμπτωμα εμφανίζεται συχνότερα σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας με νευρωτική δομή προσωπικότητας, που προέρχονται από πολυμελείς εργατικές

οικογένειες και έχουν ήδη βιώσει στο παρελθόν μια σειρά από εμπειρίες πόνου. Η έκφραση του πόνου είναι πιο έντονη σε κάποιες εθνικότητες απ' ότι σε άλλες (Χατήρα, 2002). Ο πόνος δεν καθορίζεται απλά από την ένταση ή το ποσό του επιβλαβούς ερεθίσματος που ενεργοποιεί το βλαβο-αντιληπτικό μας σύστημα. Πράγματι, το ίδιο ερέθισμα μπορεί να βιωθεί ως επώδυνο μια στιγμή και συγχρόνως αβλαβή σε μια άλλη (Rhudy & Williams, 2005).

Ο σωματικός πόνος διακρίνεται στον οξύ και το χρόνιο. Ο χρόνιος πόνος καθορίζεται από την IASP (1986) ως ο πόνος, «ο οποίος εμμένει πέρα από τον κανονικό χρόνο της θεραπείας (...)», για περισσότερο από έξι μήνες (με ή χωρίς προφανή παθολογία) (Zasler, Martelli, & Nicholson, 2005). Αλλά τι ακριβώς σημαίνει ο όρος μέχρι τον κανονικό χρόνο"; Εκτιμώντας ότι ο οξύς πόνος είναι λειτουργικός και μπορεί να θεωρηθεί κυρίως η φυσιολογική απάντηση στη ζημία ιστού, ο χρόνιος πόνος περιλαμβάνει ψυχολογικούς και συμπεριφοριστικούς μηχανισμούς εκτός από τους φυσιολογικούς μηχανισμούς (Verhaaka, et al., 1998). Οι ασθενείς, εν παραδείγματι που πάσχουν από χρόνιο καλοήγη πόνο αντιλαμβάνονται την εμπειρία του πόνου με τέτοιο τρόπο που δεν μπορεί να εξηγηθεί με τις έννοιες του φυσικού τραυματισμού ή της φυσιολογικής δυσλειτουργίας (Verhaaka, et al., 1998).

Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης δεκαετίας έχει υπάρξει μια έκρηξη της γνώσης σχετικά με τις ελλοχεύουσες νευροανατομικές διαβάσεις και τους νευροφυσιολογικούς μηχανισμούς που περιλαμβάνονται στη σύνθετη εμπειρία του πόνου και τις συνεισφορές των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην εμπειρία πόνου (Turk & Okifuji, 2002). Πιο πρόσφατα, το ψυχοβιολογικό πρότυπο του χρόνιου πόνου (Flor & Hermann, 2004) έχει απαριθμήσει μια σειρά από παράγοντες όπως : (α) προδιάθεση παραγόντων, (β) απόσπαση/ εξαγωγή των ερεθισμάτων και των απαντήσεων, και (γ) διατήρηση των διαδικασιών, οι οποίες συμβάλλουν ενεργά στις ψυχοσωματικές και απαντήσεις πόνου. Η ανικανότητα επίσης που συνδέεται με την εμπειρία του χρόνιου πόνου, κυρίως, έχει ως αποτέλεσμα αυτό που ο Fordyce χαρακτήρισε ως «συμπεριφορές του πόνου». Οι συμπεριφορές που συνακολουθούν τον πόνο, όπως χωλότητα, αποφυγή ορισμένων δραστηριοτήτων και διατύπωση παραπόνων για τον πόνο, έχουν περιγραφεί ως προφανείς εκφράσεις ή επικοινωνίες του πόνου (Fordyce et al., 1982).

Γίνεται προφανές ότι ο πόνος, σήμερα, γίνεται ευρέως αποδεκτός ως ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, στο οποίο βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες, φαίνονται να εμπλέκονται στη δυναμική του (Nicassio et al., 1997, Truchon, 2001). Για παράδειγμα, η έννοια της αυτό-αποτελεσματικότητας έχει συνδεθεί με την διαχείριση του πόνου, με σκοπό να προβλέπει επιτυχώς τη χρονιότητα του πόνου αλλά και τη δριμύτητα της σχέσης του πόνου με τη σχετική ανικανότητα, ώστε να γίνεται αποτελεσματικότερα ο έλεγχος της ανικανότητας, που ο πόνος προκαλεί (Arnstein, 2000). Οι Goubert και οι συνεργάτες της, σε μια πρόσφατη έρευνα,

έδειξαν ότι ο νευρωτισμός διαμεσολαβεί ανάμεσα στην ένταση του πόνου και στις καταστροφικές σκέψεις γύρω από τον πόνο. Κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι η νεύρωση συλλαμβάνεται ως παράγοντας ευπάθειας απέναντι στον πόνο, ο οποίος φαίνεται να χαμηλώνει το κατώτατο όριο στην αντίληψη του πόνου και στην ανάπτυξη της επικείμενης καταστροφολογίας (Goubert, 2004). Αντιλαμβανόμαστε, επομένως την έκταση του πεδίου του πόνου, το οποίο ξεπερνά κατά πολύ μια στενά νευροφυσιολογική αντίληψη, και καταλαβαίνουμε γιατί είναι απαραίτητο να ανοίξουμε δρόμους καινούργιους στην έρευνα ώστε να καθορίσουμε το μερίδιο του ψυχισμού μέσα στο οδυνηρό γεγονός (Nasio, 1996).

## **7.2 Ο φόβος του πόνου του σώματος, ως μια κατάσταση κρίσης**

Ο φιλόσοφος Edmund Burke, το 1968, είχε γράψει χαρακτηριστικά τι να πούμε... «για το φόβο που είναι μια ανησυχία του πόνου ή του θανάτου και λειτουργεί με έναν τρόπο που μοιάζει με τον πραγματικό πόνο» (Hollander, 2004). Η ιδέα άλλωστε, ότι ο φόβος σχετίζεται με την εμπειρία του πόνου, δεν είναι μια καινούργια διατύπωση. Πριν από δυο χιλιάδες χρόνια περίπου, ο Αριστοτέλης έγραφε « Ας δούμε τον φόβο σαν ένα είδος πόνου ή σαν μια μορφή διαταραχής, ως το αποτέλεσμα μιας φανταστικής διεργασίας, μιας επικείμενης απειλής, είτε καταστρεπτικής, είτε επώδυνης» (Asmundson, et all, 2004). Ο Freud, άλλωστε είχε υποστηρίξει ότι, στην αρχή της ζωής, ο πόνος, η ανησυχία και ο φόβος, συγχωνεύονται και στη συνέχεια βαθμιαία διαφοροποιούνται, κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του εγώ. Ο πόνος είναι η επιρροή της απώλειας αντικειμένου, ενώ το άγχος είναι η επιρροή του κινδύνου της απώλειας αντικειμένου (Freud, 1926).

Ο παραδοσιακός άνθρωπος για να αντιμετωπίσει το φόβο και για να προστατέψει την εσωτερική του ηρεμία θρυμμάτισε την αγωνία του – ουσιαστικά, αγωνία θανάτου- σε εξειδικευμένους φόβους για πράγματα πρόσωπα και καταστάσεις (Πολυμέρου-Καμηλάκη & Καραμανές 2006). Ο Hollander (2004) υποστηρίζει ότι ο φόβος του πόνου δεν είναι τίποτα άλλο παρά ο φόβος της απώλειας του «είναι» του ανθρώπου. Επίσης οι πρώιμες εμπειρίες πόνου που έχουν συνδεθεί με τιμωρία και απώλεια της γονεϊκής αγάπης επηρεάζουν τις μεταγενέστερες αντιδράσεις στον πόνο, οι οποίες συχνά, σ' αυτή την περίπτωση εκφράζουν φόβο και ενοχή και μοιάζουν με τη συμπεριφορά τιμωρημένου παιδιού. Και, αντίστροφα, η στενοχώρια για κάποια απώλεια ή κάποιο συναίσθημα ενοχής μπορούν να προκαλέσουν αίσθηση πόνου (Χατήρα, 2002).

Η κάθε μία από αυτές τις απώλειες συνοδεύονται από ένα φαύλο κύκλο του φόβου, ώσπου να τελειώσουν (Frank, 2007). Όσο μακριά και να το δούμε όλος ο αισθητήριος κόσμος κυβερνάται από αυτό που καλείται η αρχή του πόνου και η αρχή

της ευχαρίστησης. Κάθε έμβιος οργανισμός επιδιώκει αυτό που του δίνει την ευχαρίστηση και αποφεύγει αυτού που επιβάλλει τον πόνο. Αυτό είναι ένας θεμελιώδης νόμος που η ζωή, δυστυχώς δεν μπορεί να δραπετεύσει (Roafle, 1929). Για αυτό και η διαχείριση των επώδυνων συναισθηματικών καταστάσεων είναι θεμελιώδης στον ανθρώπινο βίο. Ο Brenner το 1982, προσδιόρισε τη διαχείριση των «μη ευχάριστων γεγονότων» ως ακέραιο συστατικό μιας πορείας σχηματικού συμβιβασμού (Miller, 2003). Άλλωστε στις κρίσιμες και διαβατήριες στιγμές του κύκλου ζωής η παρουσία του φόβου είναι που υπαγορεύει και συγκεκριμένες πρακτικές (Πολυμέρου-Καμηλάκη & Καραμανές 2006). Μια τέτοια στιγμή κρίσης θα λέγαμε ότι αποτελεί και ο πόνος. Ο May υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι μπορεί να διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό σε σχέση με την ικανότητα τους να χειρίζονται τις καταστάσεις κρίσεις και ότι κάθε ανθρώπινο ον έχει το σημείο καμψής του, πέρα από το οποίο πρόσθετο stress κάνει την «κατάσταση καταστροφική» (May, 1999). Δεν είναι απλά η απειλή του πόνου, σύμφωνα με τον Goldstein, που έχει σαν αποτέλεσμα την κατάσταση καταστροφής και το συνεπαγόμενο αίσθημα ανησυχίας και φόβου. Είναι ο ιδιαίτερος κίνδυνος που απειλεί την ύπαρξη του οργανισμού- η ύπαρξη σημαίνει εδώ όχι μόνο τη φυσική ζωή αλλά επίσης και την ψυχολογική (May, 1999). Αξιοσημείωτο είναι να αναφερθεί η διαφορά και η ομοιότητα μεταξύ πόνου και φόβου. Ο πόνος προειδοποιεί τον οργανισμό για τραυματισμούς και λειτουργικά προβλήματα και αποτελεί ως εκ τούτου ένα εσωτερικό προειδοποιητικό σήμα -σε αντίθεση με τον φόβο, ο οποίος προειδοποιεί κυρίως για κινδύνους του εξωτερικού περιβάλλοντος. Ο πόνος, όπως εξάλλου και ο φόβος, στοχεύουν στην αναζήτηση βοήθειας και στη θεραπεία. Ο πόνος διαπερνά όλους τους ψυχικούς βιωματικούς τομείς. Ο Albert Schweitzer έλεγε πως, «ο πόνος είναι χειρότερος κύριος απ' το θάνατο» (Χατήρα, 2002).

Ο Stolorow (2006) μας αποκαλύπτει ότι στη φιλοσοφία του Heidegger βλέπουμε ότι μια κρίσιμη κατάσταση είναι μια συγκεκριμένη στιγμή από το γενικό υπαρξιακό τρόπο του «είναι - μέσα - στον κόσμο» (being-in-the-world). Κατά συνέπεια, αντί μιας ζώδους κατάστασης, οφείλουμε να μιλήσουμε για μια κατάσταση του «είναι- μέσα -σε -μία κατάσταση» (being-in-a-situation), όπως έγραφε ο Dreyfus, το 1991. Ομοίως, από μια Χαιντεγκεριανή προοπτική η έννοια της φροϋδικής κατάστασης κινδύνου μετατρέπεται στο «είναι - μέσα -στον κίνδυνο (being-in-danger), όπου το είμαι -μέσα και η απειλή του κινδύνου γίνονται αντιληπτές ως αδιάσπαστες διαστάσεις μιας μεγαλύτερης ενότητας (Stolorow, 2006). Η έννοια του κινδύνου, φυσικά, στηρίζεται πάντα στην αντίληψη ότι κάποιος αντιμετωπίζει μια κατάσταση, που δεν μπορεί ούτε να ρυθμιστεί ούτε να ελεγχθεί. Αυτή η αντίληψη καταστρέφει τα θύματά της και παραλύει τον κανονισμό επιρροής (Naso, 2008)

Κατά κάποιο τρόπο ο φόβος και η ανησυχία είναι συναισθηματικές καταστάσεις που επηρεάζονται πολύ με τις διαδικασίες αξιολόγησης για να αναφέρουμε και το στωϊκό φιλόσοφο Επίκτητο, που τόνιζε ότι, δεν υπάρχει τίποτα είτε κακό είτε καλό,

αλλά η σκέψη μας τα κάνει να μοιάζουν έτσι. Κατά συνέπεια, υπάρχει μια αμοιβαία σχέση μεταξύ του συναισθήματος του φόβου και των γνωστικών-ερμηνευτικών διαδικασιών στον πόνο (Gatchel, et all, 2007). Η γνωστική επεξεργασία των συναισθημάτων, υποστηρίζει ο Langs (2004), εμπεριέχει δύο σχετικά ανεξάρτητα λειτουργικά συστήματα: το συνειδητό σύστημα, που είναι συνδεδεμένο με τη συνειδητοποίηση, και το βαθύ ασυνείδητο σύστημα, το οποίο λειτουργεί χωρίς συνειδητή γνώση των δραστηριοτήτων μας και δεν συνδέεται άμεσα με τη συνειδητοποίηση. Τέλος, υπάρχει ένα κέντρο παραγωγής, το οποίο λαμβάνει μια επιλογή των πληροφοριών και των εννοιών που έχουν βιωθεί και έχουν υποβληθεί σε μια επεξεργασία είτε συνειδητή, είτε ασυνείδητη ως απάντηση σε μια δεδομένη περιβαλλοντική πρόκληση. Αυτό είναι που καθορίζει έπειτα τη φύση των προσαρμοστικών ή των δυσπροσαρμοστικών σωματικών, συμπεριφοριστικών, και των συναισθηματικών απαντήσεων. Αυτό το κέντρο περιέχει τόσο ασυνείδητα, όσο και συνειδητά συστατικά, και λειτουργεί βάσει των ιδιαίτερα σύνθετων κανόνων και του κανονισμού (Langs, 2004).

Από την άλλη πλευρά, η απειλή του έντονου πόνου «αγκιστρώνει» την προσοχή κατά τέτοιο τρόπο, που τα άτομα δύσκολα αποτραβούν την προσοχή τους από αυτή την απειλή (Gatchel, et all, 2007). Οι πεποιθήσεις γύρω από την έννοια των συμπτωμάτων, της δυνατότητας του ασθενή να ελέγξει τον πόνο και τον αντίκτυπο του πόνου στη ζωή του/της, του φόβου και του άγχους για το μέλλον είναι ακριβώς μερικές πεποιθήσεις που αποδεικνύονται ως πυρηνικές στην νοσηματοδότηση του πόνου για τον άνθρωπο (Turk & Okifuji, 2002). Οι ιδιαίτεροι κινητήριοι προσανατολισμοί μπορούν να συνδεθούν με μια αυξανόμενη ψυχολογική δυνατότητα πρόσβασης στους στόχους των συνακόλουθων εννοιών και των πεποιθήσεων. Παραδείγματος χάριν, ο φόβος μπορεί να συνδεθεί με μια διογκωμένη δυνατότητα πρόσβασης της πιθανής απειλής και με αυτόν τον τρόπο κατά κάποιο τρόπο διευκολύνει, θα λέγαμε, τις απαισιόδοξες κρίσεις έκβασης (Maner & Gerend, 2007). Τέτοιες πεποιθήσεις έχουν βρεθεί ότι συνδέονται με μια ψυχολογική λειτουργία απέναντι στον πόνο και στο φόβο που αυτός προκαλεί (Turk & Okifuji, 2002). Η ασθένεια, άλλωστε, εγείρει μια διαδοχή των απωλειών: η απώλεια σωματικής ικανότητας και, για μερικούς, η απώλεια μιας ζωής ελεύθερης από πόνο, η απώλεια μερικής ή πλήρους ικανότητας για εργασία, η απώλεια φίλων που είτε λόγω του φόβου στέκονται μακριά, είτε των οποίων η ημερήσια διάταξη δεν περιλαμβάνει την επίσκεψη στον άρρωστο και τη συμμετοχή στα ζητήματα της ασθένειας, η απώλεια της ζωής όπως προγραμματίστηκε και η μεγαλύτερη απώλεια μιας ικανότητας για τον προγραμματισμό —της απώλειας του αξιόπιστου μέλλοντος και τελικά, η απώλεια της ίδιας της ζωής (Frank, 2007).

Η εμπειρία του πόνου μπορεί να «ξυπνήσει» ένα σύνολο εξαιρετικά αρνητικών σκέψεων, όπως σημειώνεται προηγουμένως, αλλά και να ενεργοποιήσει, επίσης, καλά κρυμμένους φόβους άλλων τραυματικών καταστάσεων (Gatchel, et all, 2007). Αυτοί οι



φόβοι, για παράδειγμα, μπορεί να περιλαμβάνουν: φόβοι ορισμένων διαγνώσεων, φόβοι της χειρουργικής επέμβασης και άλλων διαδικασιών θεραπείας, ή παρενέργειες της θεραπείας, φόβοι του πόνου του ίδιου, φόβοι των αλλαγών του σωματικού ειδώλου και φόβοι της επανάληψης (Frank, 2007). Αυτό μας οδηγεί στη σκέψη ότι ο πόνος εμπεριέχει την έννοια του φροϋδικού τραύματος και του λακανικού σημαίνοντος (Κανελλοπούλου, 2000). Τα άτομα αυτά ζουν καταστάσεις οι οποίες αντανακλούν έντονα παρελθούσες εμπειρίες. Ένα σημαίνον, λέει ο Lacan, είναι η επανάληψη ενός άλλου σημαίνοντος. Το να αποδεχτούμε ότι το συναίσθημα είναι ένα σημαίνον αντιστοιχεί με το να υποστηρίζουμε ότι δεν υπάρχει συναίσθημα παρά μόνο επαναλαμβανόμενο (Nasio, 1996). Στο κλασικό έργο της η Krystal (1988) υποστηρίζει ότι η έννοια του τραύματος αντιπροσωπεύει μια απάντηση στον κίνδυνο που συνοδεύεται από την οπισθοδρόμηση, τη συμβιβαστική λειτουργία του εγώ και την υποχρεωτική ψυχοπαθολογία (σελ. 145). Ο σφαιρικός κίνδυνος είναι που οδηγεί αναπόφευκτα στην κυρίαρχη αίσθηση της ανικανότητας, που σηματοδοτεί αυτή την ανικανότητα ως ουσιαστικό χαρακτηριστικό γνώρισμα του τραύματος. Αυτή η διανοητική κατάσταση του κινδύνου, σπάνια παρατηρείται, μέσα σε «χωρίς ζωή» απειλητικές καταστάσεις (Naso, 2008).

### **7.3 Ο φόβος του πόνου στο πλαίσιο των στενών διαπροσωπικών σχέσεων**

Η θεωρία της ενήλικης προσκόλλησης (Hazan & Shaver, 1987) αποτελεί προέκταση της θεωρίας του Bowlby (1969) για το συναισθηματικό σύνδεσμο ανάμεσα στο βρέφος και στο κύριο πρόσωπο που το φροντίζει. Μια βασική αρχή της θεωρίας σύνδεσης είναι ότι οι πρόωρες σχέσεις σύνδεσης με τα πρόσωπα φροντίδας παρέχουν ένα πρότυπο για τις μετέπειτα κοινωνικές σχέσεις. Ουσιαστικά, μητέρα και βρέφος εξελίσσουν μια συντονισμένη σχέση όπου η μητέρα αναγνωρίζει τα σήματα φόβου και στεναχώριας του βρέφους και συνακολούθως παρέχει φροντίδα και προστασία, καθώς και μια ασφαλή βάση απ' όπου το βρέφος μπορεί να εξερευνηήσει το περιβάλλον (Shaver, Collins & Clark, 1996).

Βάση, της ποιότητας αυτής της σχέσης το άτομο δομεί εσωτερικά λειτουργικά μοντέλα ή νοητικές αναπαραστάσεις (working models) που καθορίζουν τις μελλοντικές διαπροσωπικές σχέσεις. Πρόκειται για διανοητικά σχήματα που αφορούν στον εαυτό, στους άλλους και στις μεταξύ τους σχέσεις (Παπανικολάου και Ρόβλια, 1995). Από την ίδια οπτική, οι τύποι δεσμού ενηλίκων ενέχουν μοντέλα που συνδυάζουν πληροφορίες για τον εαυτό και τους άλλους. Λειτουργώντας μέσα σε ένα πλαίσιο σύνδεσης, προτείνεται από την Bartholomew, το 1990 ένα νέο πρότυπο 4-ομάδας των χαρακτηριστικών μορφών προσκόλλησης στην ενηλικίωση. Οι ασφαλείς τύποι έχουν ένα σχήμα διαπροσωπικών σχέσεων που είναι θετικό για τον εαυτό τους και τους

άλλους. Ο τύπος της εμμονής χαρακτηρίζεται από μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό και μια θετική εικόνα για τους άλλους, γεγονός που τα καθιστά άτομα υποχωρητικά και εύκολα σε εκμετάλλευση συναισθηματικά (Bartholomew, 1990).

Ο τύπος αποφυγής ενέχει αρνητικά μοντέλα για τον εαυτό και τους άλλους, που διακρίνονται σε δύο ειδικότερους τύπους αποφυγής: *τον απορριπτικό* και *τον φοβικό*.

a) Ο απορριπτικός τύπος αποφυγής χαρακτηρίζεται από μια εξιδανικευμένα θετική εικόνα για τον εαυτό (ιδεατό εγώ) και μια αρνητική εικόνα για τους άλλους. Είναι συνήθως άτομα που είχαν γονείς απόμακρους αλλά που γενικά φρόντιζαν για τις ανάγκες τους. b) Ο φοβικός τύπος αποφυγής έχει μια αρνητική εικόνα και για τον εαυτό και για τους άλλους. Είναι συνήθως άτομα με γονείς επιθετικούς απέναντί τους ή που έπασχαν από κατάθλιψη (Bartholomew, 1990).

Η θεωρία της ενήλικης προσκόλλησης (adult attachment) του Bowlby (1969) έχει προταθεί ως πλαίσιο για την ανάπτυξη του χρόνιου πόνου. Δεδομένου ότι η θεωρία του τρόπου πρόσδεσης προτείνει ότι ανασφαλής προσκόλληση σχετίζεται με τις υπερβάλλουσες αρνητικές αξιολογήσεις, εμφανίζεται ως μια πολλά υποσχόμενη αιτία για την προέλευση του αυξημένου φόβου του πόνου (McWilliams and Asmundson, 2007). Τα τελευταία χρόνια έχουν προκύψει ερευνητικά δεδομένα που δείχνουν το πώς ακριβώς οι διάφοροι τύποι δεσμού τύποι συσχετίζονται με την ένταση και την ποιότητα του χρόνιου πόνου καθώς και με άλλες παραμέτρους (Mc Williams et al., 2000, Meredith et al., 2005).

Ο Bowlby (1969) αρχικά πρότεινε ότι ο φοβικός τύπος δεσμού συγγενεύει με την εκμαθημένη αδυναμία και ότι αυτά τα άτομα με αυτόν τον τύπο δεσμού έχουν μάθει σε αυτό το μοντέλο και θεωρούν ότι είναι ανίσχυρα να αλλάξουν τις συνθήκες της ζωής τους (Seligman, 1972). Διάφορες μελέτες έχουν βρει σημαντικές ενώσεις μεταξύ της φοβικής προσκόλλησης και των μέτρων της έντασης πόνου. Σε μια μελέτη τους οι MacDonald & Kingsbury υποστήριξαν ότι τα πιο υψηλά επίπεδα επιπτώσεων του πόνου σχετίζεται με τα υψηλότερα επίπεδα αγχώδους τύπου πρόσδεσης (Mac Donald & Kingsbury, 2006). Οι Schmidt, Strauss, & Braehler έδειξαν ότι τα άτομα με αγχώδη/φοβικό τύπο πρόσδεσης παρουσίασαν το υψηλότερο ποσοστό συμπτωμάτων πόνου, φόβου της ασθένειας και την πεποίθηση ότι υποφέρουν από κάποια σοβαρή ασθένεια (Schmidt, Strauss, & Braehler 2002).

Οι Meredith και οι συνεργάτες της, σε μια μελέτη τους σε ένα δείγμα ασθενών με χρόνιο πόνο, βρήκαν ότι οι ασθενείς με φοβικό και απορριπτικό τύπο δεσμού παρουσίασαν στατιστικώς σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα αυτό- αποτελεσματικότητας στον πόνο και είχαν τα πιο υψηλά επίπεδα άγχους (Meredith, et, all., 2006a). Μια άλλη μελέτη σε ένα κοινοτικό δείγμα των ατόμων με χρόνια αρθρίτιδα ή σχετικές νοσολογικές καταστάσεις, έδειξε ότι τα άτομα με ένα αγχώδη ύφος προσκόλλησης, ανέφεραν στατιστικώς σημαντικά, υψηλότερα επίπεδα πόνου (McWilliams et al.,

2000). Η μελέτη, επίσης, των Ciechanowski et al. (2003) έδειξε ότι ο φοβικός τύπος δεσμού συνδέθηκε και με τα πιο υψηλά επίπεδα κατάθλιψης πριν τη θεραπεία της κατάθλιψης αλλά και με τα πιο υψηλά επίπεδα και μετά τη θεραπεία (12 month follow-up). Επικύρωση των ευρημάτων για τον φοβικό τύπο δεσμού, παρατηρήθηκαν, ακόμα και όταν μετρήθηκαν 5 έως 28 μήνες μετά τη θεραπεία. Αυτό το ύψος προσκόλλησης συνδέθηκε όχι μόνο με τα πιο υψηλά επίπεδα κατάθλιψης αλλά και τα πιο υψηλά επίπεδα καταστροφικής σκέψης ακόμα και 12 μήνες μετά την θεραπεία της κατάθλιψης (Ciechanowski et al., 2003).

Μια άλλη έρευνα, υποστηρίζει, ότι οι αγχώδεις διαπροσωπικές σχέσεις συνδέονται με τη χαμηλότερη ουδό του πόνου, με περισσότερες ψυχοπαιστικές καταστάσεις, με κατάθλιψη και έντονη καταστροφολογία. Επίσης, υπάρχει ισχυρή συσχέτιση του άγχωδους/ φοβικού ύψους δεσμού με μειωμένες αντιλήψεις για τον έλεγχο του πόνου, και μειωμένες αντιλήψεις για τη δυνατότητα να ελαττωθεί ο πόνος. Ενώ, η ασφαλής προσκόλληση σχετίζεται με μεγαλύτερη πίεση, με μεγαλύτερο έλεγχο του πόνου, αλλά εμφάνιζε χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και καταστροφολογίας. Επίσης, βρήκε ότι τα άτομα με ανασφαλή τύπο δεσμού, αρέσκονται στο να καταστροφολογούν, όταν αναφέρουν υψηλά επίπεδα πόνου (Meredith et al., 2006b).

Οι ασθενείς με ένα φοβικό ύψος προσκόλλησης είναι δυνατόν να αισθάνονται το δικαίωμα για να επιδιώξουν την προσοχή ή να είναι σε θέση να υπερνικήσουν την ανησυχία τους για την οικειότητα όταν βρίσκονται αντιμέτωποι με μια αντιληπτή καταστροφική απειλή. Το γενικό συμπέρασμα, αυτών των μελετών, είναι το γεγονός, ότι έναντι των ατόμων που έχουν ασφαλείς δεσμούς, τα μη ασφαλή άτομα, που πάσχουν από χρόνια επώδυνα νοσήματα, έχουν μια αντιμετώπιση περισσότερο εστιασμένη στο συναισθηματικό κομμάτι του πόνου και λιγότερο στο οργανικό πρόβλημα (Mikulincer & Florian, 1998). Επιπλέον, τα άτομα ποικίλλουν στην απάντησή τους στον οξύ, ή στο χρόνιο πόνο σύμφωνα με τους τρόπους προσκόλλησης. Μια γενική γραμμή σύγκλισης αποτελούν, όμως, τα άτομα με την ανασφαλή πρόσδεση που συνδέονται κυρίως με διάφορους παράγοντες ευπάθειας όπως: η κατάθλιψη, ο μειωμένος έλεγχος του πόνου, ο φόβος του πόνου, η καταστροφολογία, την ανάγκη υπερπροστατευτικότητας στον πόνο, και τις περισσότερο αρνητικές συνέπειες (MacDonald and Kingsbury, 2006, McWilliams and Asmundson, 2007 and Meredith et al., 2006a).

#### **7.4 Θεωρητικά και ερευνητικά δεδομένα για το φόβο του σωματικού πόνου**

Διάφοροι ερευνητές έχουν προσπαθήσει να αξιολογήσουν πώς ο πόνος και ο φόβος συσχετίζονται (Vowles et al., 2006). Οι Rhudy και Williams υποστηρίζουν, ότι ο τρόπος με τον οποίο, τα συναισθήματα, γενικότερα, και ο πόνος μπορούν να συνδεθούν, μπορεί να γίνει κατανοητός μόνο μέσα από μια ευρύτερη οπτική ως

κινητήριες δυνάμεις της ανθρώπινης ύπαρξης (Rhudy & Williams, 2005). Οι Yerkes και Donson επινόησαν ένα μοντέλο (το γράφημα του φόβου) σχήματος ανεστραμμένης καμπύλης U, που δείχνει τη σχέση μεταξύ φόβου και δράσης. Σε απουσία φόβου η ενεργοποίηση είναι σχετικά μικρή, σε κάποιο βαθμό φόβου η ενεργοποίηση αυξάνεται, ενώ σε έντονο φόβο η ενεργοποίηση γίνεται πάλι μικρή (Yerkes & Donson, 1908).

Αυτό εξηγείται με το γεγονός του ότι, το νευρικό μας κύκλωμα που συνδέεται με τα κίνητρα της συμπεριφοράς μας, θεωρείται ότι περιλαμβάνει τα προσαρμοστικά, σύνθετα συστήματα, που προωθούν την επιβίωση του οργανισμού με την παροχή της ανατροφοδότησης για τα επιβλαβή ερεθίσματα ή τα ερεθίσματα ενίσχυσης της υγείας (Koporski, 1967). Για παράδειγμα, οι άνθρωποι και τα ζώα δεν εστιάζουν στον σωματικό τραυματισμό τους όταν είναι τρομαγμένα και παρουσιάζουν εν μέρει αναλγησία, από τον έντονο φόβο, μέσω της διέγερσης ανασταλτικών νευρωνικών οδών (Panksssepp, 1998). Ο Ulmer θέλοντας να καταδείξει τη σχέση των συναισθημάτων με τον πόνο, τόνισε ότι τα αρνητικά συναισθήματα έχουν την τάση να εντείνουν τον πόνο, ενώ τα θετικά να τον μειώνουν, ακόμη και σε περιπτώσεις εγκαυμάτων (Ulmer, 1997).

Ο φόβος του πόνου, ο οποίος είναι εμπειρικά ευδιαχώριστος από τις έννοιες του άγχους και της αρνητικής επιρροής, αναφέρεται στο φόβο του φυσικού πόνου που ακολουθεί μια ποικιλία γεγονότων εκτάσεως π.χ. από το δάγκωμα της γλώσσας τρώγοντας έως το σπάσιμο του λαιμού κάποιου (Lightsey, et all., in press). Επειδή, ο φόβος είναι μια φυσική συνέπεια του πόνου, η αποφυγή ενός φοβικού γεγονότος είναι λογική για τον οξύ πόνο, αλλά μπορεί να λειτουργήσει ως εμπόδιο στην αποκατάσταση από το χρόνιο πόνο. Στο χρόνιο πόνο η σχετική με τον πόνο ανησυχία και ο φόβος μπορούν, πραγματικά να τονίσουν την εμπειρία του πόνου (Crombez, et all., 1999). Το συναίσθημα του φόβου του πόνου, ειδικότερα, εμπλέκεται ενεργά με τον πόνο, διαδραματίζοντας έναν σημαντικό ρόλο τόσο στην επώδυνη εμπειρία των ατόμων, όσο και στην απάντησή τους στον πόνο (Vowles, et all, 2006).

Ωστόσο, ο φόβος του πόνου, σαν κατασκευή, έχει αρχίσει να αναπτύσσεται εννοιολογικά μόνο. Οι όροι «αλγοφοβία» (algorphobia) και «οδυνοφοβία» (odynephobia) δημιουργήθηκαν για να περιγράψουν ακριβώς αυτό το φόβο του πόνου (McNeil & Rainwater, 1998). Ο φόβος και η αναμονή του πόνου, περιλαμβάνουν γνωστικές-αντιληπτικές διαδικασίες, που δεν καθοδηγούνται αποκλειστικά από την πραγματική αισθητήρια εμπειρία του πόνου και μπορούν να ασκήσουν έναν σημαντικό αντίκτυπο στο επίπεδο ανοχής στον πόνο (Vlaeyen & Linton, 2000). Ειδικότερα, η απάντηση στον πόνο αυξάνεται μόνο όταν εμφανίζεται ο φόβος λόγω του πόνου ή της δυνατότητας του πόνου (Weisenberg et all., 1984).

Οι McCracken και οι συνάδελφοι έχουν δημοσιεύσει αρκετές μελέτες, που συμβάλλουν στην κατανόησή του τρόπου, με τον οποίο ο φόβος του πόνου διαδραματίζει έναν ενεργό ρόλο στην εμμονή και την ανικανότητα του πόνου σε ασθενείς με μυοσκελετικό πόνο (Mc Cracken et al., 1992). Αυτή η γραμμική σχέση,

όπως υποστηρίζει ο Asmundson, ανάμεσα στον φόβο και τον πόνο προήλθε από τις έρευνες που έδειξαν μια υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στον χρόνιο πόνο και στη ανάπτυξη ενός μόνιμου άγχους σαν αποτέλεσμα του «εμμένοντος» του πόνου (Asmundson, et al., 2004). Αν και μερικές μελέτες έχουν καταλήξει σε αρνητικά συμπεράσματα (e.g, Dehghani, Sharpe, & Nicholas, 2003; Roelofs et al., 2003), υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ασθενείς με χρόνιο πόνο στρέφονται, επιλεκτικά, σε σχετιζόμενα με τον πόνο λανθασμένα συμπεράσματα και ότι αυτά γνωστικά σφάλματα οφείλονται στο φόβο του πόνου (Williams, et all, 2005).

Υπάρχουν, εξάλλου, διάφορες θεωρητικές διατυπώσεις για τον πόνο έχουν συμπεριλάβει και το συναίσθημα του φόβου σαν συστατικό τους το φόβο σαν συστατικό τους (Williams, et all., 2005) και μας βοηθούν να αντιληφθούμε κάπως την αλληλεπίδραση του φόβου και του πόνου (Vowles et all, 2006). Για παράδειγμα, η θεωρία της πύλης ελέγχου του πόνου, του Melzack υποθέτει, εν μέρει, ότι η δραστηριότητα των κεντρικών νευρικών συστημάτων που προκύπτει από (τα αρνητικά) συναισθήματα, όπως ο φόβος, εντείνει την εμπειρία του πόνου (Melzack & Wall, 1965). Οι Bolles και Fanselow's (1980) προτείνουν ότι ο φόβος και ο πόνος αποτελούν ανταγωνιστικά κινητήρια συστήματα, τα οποία μπορεί να εμποδίσουν την έκφραση του ενός συναισθήματος έναντι του άλλου. Τέλος, η θεωρία της βιο-πληροφορίας (bioinformational theory) των συναισθημάτων, αντιμετωπίζει τον πόνο και τον φόβο από κοινού σαν ένα ενιαίο συναίσθημα (McNeil and Brunetti, 1992).

Ο φόβος του πόνου συνδέεται, επίσης, με πληροφορίες και σφάλματα γνωστικής επεξεργασίας που αναστατώνουν την προσοχή που απαιτείται για άλλους στόχους και συμβάλλουν στην συντήρηση του πόνου αλλά και των συμπεριφορών που σχετίζονται με αυτόν (Eccleston & Crombez, 2007). Συνεπώς, η αξιολόγηση του ρόλου που ο φόβος του πόνου διαδραματίζει στις σχετικές με τον πόνο συμπεριφορές και την ανικανότητα/ικανότητα αποφυγής βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος (Asmundson et all., 1999). Οι άνθρωποι φαίνεται ότι είναι «κατασκευασμένοι» ώστε να αποφεύγουν και δραπετεύουν από δυσάρεστες συνέπειες και να «μαθαίνουν» κατά κάποιο τρόπο ότι η αποφυγή των καταστάσεων και των δραστηριοτήτων που τους έχουν προκαλέσει οξεία επεισόδια πόνου, θα μειώσει την πιθανότητα του πόνου ή την πρόκληση μιας περαιτέρω φυσικής ζημιάς. Μπορούν, με άλλα λόγια να αποκτήσουν μια υπερευαίσθησία απέναντι στο περιβάλλον τους ως συνέπεια του περιστατικό του πόνου τους (Gatchel, et all, 2007).

Ωστόσο, δεν είναι σαφές, γιατί ο φόβος του πόνου, κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης εξαφανίζεται για μερικούς, αλλά μετατρέπεται σε χρόνιο παράγοντα για άλλους. Μια εύλογη υπόθεση είναι ότι οι προνοσηρές μεμονωμένες διαφορές μπορούν να διαμορφώσουν αυτήν την διαδικασία (Turk & Okifuji, 2002). Ίσως να σχετίζεται με την πιθανή προδιάθεση μιας γενικότερης, αρνητικής ευαισθησίας απέναντι στο φόβο, συσχετιζόμενος με τα συμπτώματα του πόνου (Turk & Okifuji, 2002, Asmundson,

2004). Μια άλλη εξήγηση για την ανικανότητα απομάκρυνσης του συναισθήματος του φόβου, από μερικούς ασθενείς, πιθανώς, να σχετίζεται με διαφορές σε μια προγενέστερη ιστορία εκμάθησης και σε μια κανονική διοχέτευση της ευαισθησίας απέναντι στα επιβλαβή ερεθίσματα. Τα αποτελέσματα των μελλοντικών μελετών, θα μπορέσουν να μας βοηθήσουν, να καταλάβουμε καλύτερα τη μεμονωμένη παρατηρηθείσα μεταβλητότητα (Turk & Okifuji, 2002)..

Αλλά, ας δούμε αναλυτικότερα, κάποιες πρόσφατες έρευνες για τη διασύνδεση του φόβου του πόνου και την εμπλοκή του σε μια ευρεία γκάμα καταστάσεων που αφορούν τον ανθρώπινο πόνο. Αν και υπάρχουν αρκετες μελετές, εμείς διαλέξαμε τις πιο πρόσφατες για να παρουσιάσουμε.

Πιο συγκεκριμένα, οι George, Dannecker & Robinson (2006), εξέτασαν την εγκυρότητα του μοντέλου της αποφυγής του φόβου στον πόνο (Vlaeyen & Linton, 2000), με την διερεύνηση της επιρροής του φόβου του πόνου και της καταστροφολογίας του πόνου στην οξεία αντίληψη του πόνου, μέσω της σχέσης των ανωτέρων μεταβλητών με το γένος και το άγχος. Για αυτό το σκοπό, χρησιμοποίησαν ως δείγμα της μελέτης του 32 άνδρες και 34 γυναίκες, που συμπλήρωσαν τα κάτωθι ερωτηματολόγια: Το State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1980), το Fear of Pain Questionnaire, (McNeil and Rainwater, 1998), και το Coping Strategies Questionnaire (Rosenstiel and Keefe, 1983), που μετρά πεπιθήσεις καταστροφολογίας στον πόνο (George, Dannecker & Robinson, 2006).

Οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε μια δοκιμασία με κρύα επιθέματα και μετρήθηκαν η ανοχή, η ένταση του πόνου και η ικανότητα άμεσου αντιδράσεως με την μέτρηση της πίεσης του αίματος (SBP reactivity). Το φύλο, το άγχος, ο φόβος του πόνου, και η καταστροφολογία εισήχθησαν ταυτόχρονα στην δοκιμασία της πολλαπλής ανάλυσης παλινδρόμησης με σκοπό να προβλέψουν τα διαφορετικά συστατικά της αντίληψης του πόνου. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η ανοχή στον πόνο δεν επηρεάστηκε από το φόβο του πόνου, την καταστροφολογία και το άγχος. Αντίθετα η ένταση του πόνου στο κατώτατο όριο και η ανοχή σε αυτόν επηρεάστηκαν σημαντικά μόνο από το φόβο του πόνου, ενώ η ικανότητα άμεσης αντίδρασης επηρεάστηκε σε σημαντικό βαθμό, μόνο από το άγχος. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο φόβος του πόνου, μπορεί να αποτελεί έναν ισχυρό παράγοντα στην οξεία ένταση του πόνου σε σύγκριση με την καταστροφολογία, ενώ κανένας από τους παράγοντες δεν έδειξε να επηρεάζει την ανοχή ή την ικανότητα άμεσου αντιδράσεως (George, Dannecker & Robinson, 2006).

Ένα χρόνο, αργότερα, ο Hirsh και οι συνεργάτες του (2007), θέλησαν να εξετάσουν τη σχέση ανάμεσα στο φόβο του πόνου συγκριτικά με την καταστροφολογία ως σημαντικούς διαμεσολαβητικούς παράγοντες στην εκτίμηση της εμπειρίας του πόνου, με στόχο να προσπελάσουν τους μεθοδολογικούς περιορισμούς των προηγούμενων μελετών, σχετικά με αυτές τις σχέσεις. Για τους σκοπούς της ερευνάς

τους, πραγματοποίησαν μια follow-up μελέτη σε μια προηγούμενη έρευνα (e.g., George, Dannecker & Robinson, 2006), που εξετάζει τις σχέσεις μεταξύ του φόβου του πόνου, της καταστροφολογίας του πόνου, και της πειραματικής αντίληψης πόνου (Hirsh, et, all., 2007)..

Το δείγμα τους αποτέλεσαν 100 υγιείς εθελοντές (34 άνδρες και 66 γυναίκες), που συμπλήρωσαν τα εξής ερωτηματολόγια το Fear of Pain Questionnaire (FPQ-III [McNeil and Rainwater, 1998]), την Pain Catastrophizing Scale (PCS) [Sullivan, et all., 1995], και το Coping Strategies Questionnaire (CSQ, [Rosenstiel and Keefe, 1983]), πριν να υποβληθούν σε προκλητό πόνο με τη χρήση ψυχρών επιθέματων (cold pressor test). Εν συνεχεία, έγινε επανα-συμπλήρωση του Pain Catastrophizing Scale (PCS) και του Coping Strategies Questionnaire (CSQ), μετά από την πρόκληση του πόνου, με τους συμμετέχοντες να καθοδηγούνται για την ολοκλήρωση των ερωτηματολογίων, βασισμένα στην εμπειρία που βίωσαν κατά τη διάρκεια της διαδικασίας. Η μέτρηση του κατώτατου ορίου της ανοχής και της έντασης του πόνου έγινε κατά τη διάρκεια της πειραματικής πρόκλησης του πόνου, και χρησιμοποιήθηκε ως εξαρτημένες μεταβλητές ενώ το φύλο, η καταστροφολογία στον πόνο και ο φόβος του πόνου συμπεριλήφθηκαν ως ανεξάρτητες μεταβλητές της έρευνας (Hirsh, et, all., 2007).

Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι ο φόβος του πόνου ήταν με συνέπεια ο ισχυρότερος προάγγελος του πειραματικού πόνου σε σύγκριση με την καταστροφολογία. Αυτά τα αποτελέσματα ήταν συνεπή ακόμα και στις χωριστές μετρήσεις (CSQ versus PCS) και στα διαφορετικά χρονικά σημεία (pre-task versus "in-vivo") έναντι της καταστροφολογίας. Τα συμπεράσματα της μελέτης τους προτείνουν ότι ο φόβος του πόνου αποτελεί τον ισχυρότερο παράγοντα στην πειραματική αντίληψη του πόνου σε σύγκριση με τις καταστροφικές γνώσεις (Hirsh, et, all., 2007).

Επίσης, οι ερευνητές θεωρούν ότι κατά ένα ενδιαφέροντα τρόπο ούτε η ειδική μέτρηση, ούτε χρονικό σημείο του πόνου η αξιολόγηση της καταστροφολογίας επηρέασε τη φύση αυτών των σχέσεων. Αν και ο φόβος του πόνου έχει λάβει τη λιγότερο εμπειρική προσοχή από την καταστροφική σκέψη του πόνου, αυτά τα στοιχεία είναι υποδηλωτικά της άμεσης και ανάλογης σπουδαιότητάς του στην πειραματική εμπειρία πόνου. Οι σχέσεις που εξετάζονται εν τω παρόντι, προτείνουν τελικά ότι πρέπει να εξεταστούν συγκριτικά στα πλαίσια των υγιών εναντίον των κλινικών δειγμάτων και των οξέων εναντίον των χρόνιων καταστάσεων πόνου (Hirsh, et, all., 2007).

Μια άλλη έρευνα των Woby, Urmston & Watson το 2007, έθεσε ως αίτημα να καθορίσει εάν οι πεποιθήσεις της αυτό-αποτελεσματικότητας διαμεσολαβούν στη σχέση μεταξύ του φόβου του πόνου και του πόνου, και μεταξύ του φόβου του πόνου και της ανικανότητας σε μια ομάδα σθενών με χρόνια οσφυαλγία (CLBP) που παρουσίαζαν υψηλό ποσοστό φόβου σχετικά με τον πόνο τους (Woby, et all., 2007). Ως δείγμα τους καθορίστηκε να αποτελέσουν 102 ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία, σε μια συγχρονική έρευνα (cross-sectional), οι οποίοι συμπλήρωσαν μια σειρά από ερωτηματολόγια που

μετρούν πεποιθήσεις για την ανικανότητα (The Roland Disability Questionnaire, RDQ; Roland and Morris, 1983), την αυτό-αποτελεσματικότητα (The Chronic Pain Self-Efficacy Scale, CPSS-PF; Anderson et al., 1995), το φόβο του πόνου και ειδικότερα το φόβο της μετακίνησης και την καταστροφολογία (The Tampa Scale for Kinesiophobia, TSK; [Woby et al., 2005, Miller et al., 1991]), The Coping Strategies Questionnaire, CSQ; [Rosenstiel and Keefe, 1983]) και την ένταση του πόνου (A100 mm horizontal pain, VAS [Ogon et al., 1996]) (Woby, et al., 2007).

Με την στατιστική δοκιμασία της πολλαπλής ανάλυσης παλινδρόμησης, οι ερευνητές θέλησαν να καθορίσουν εάν η αυτο-αποτελεσματικότητα διαμεσολαβεί στη σχέση μεταξύ των σχετικών με φόβους πόνου και της έκβασης (πόνος ή/και ανικανότητα). Η αυτο-αποτελεσματικότητα βρέθηκε ότι μεσολαβεί όχι μόνο στη σχέση μεταξύ του φόβου του πόνου και της έντασης του πόνου, αλλά και μεταξύ του φόβου του πόνου και της ανικανότητας. Επομένως, αυτή η μελέτη προτείνει ότι όταν η αυτο-αποτελεσματικότητα είναι υψηλή, ακόμα και ένας μέγιστος φόβος του πόνου δύναται να μην οδηγήσει σε υψηλά ποσοστά έντασης πόνου και ανικανότητας (Woby, et al., 2007).

Εντούτοις, στις περιπτώσεις όπου η αυτο-αποτελεσματικότητα είναι χαμηλή, ο μέγιστος φόβος του πόνου είναι πιθανό να οδηγήσει σε υψηλά ποσοστά έντασης πόνου και ανικανότητας. Λαμβάνοντας υπόψη αυτά τα συμπεράσματα, οι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι, αποτελεί επιτακτική ανάγκη η αξιολόγηση του φόβου του πόνου και των σχετικών παραμέτρων του σε σχέση με την ικανότητα για αυτό-αποτελεσματικότητα, κατά την θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με οσφυαλγία με υψηλές προδιαθέσεις σχετικά με τους φόβους που εγείρει ο πόνος τους (Woby, et al., 2007)

Η Muñoz Sastre και οι συνεργάτες της (2006), ασχολήθηκαν, επίσης με το θέμα του φόβου του πόνου. Σε αυτή την περίπτωση, οι συγκεκριμένοι ερευνητές είχαν ως στόχο να καθορίσουν τις διαστάσεις του φόβου του πόνου που σχετίζονται με τις ιατρικές διαδικασίες, και τις διαστάσεις του φόβου του πόνου που συνδέονται με τις ασθένειες και τα ατυχήματα, σε ένα δείγμα που περιελάμβανε άτομα νεαρής, μέσης και γεροντικής ηλικίας. Ειδικότερα οι συμμετέχοντες αποτελούνταν από 573 άτομα (ηλικίας από 26-94 ετών) (Sastre, et al., 2006).

Η διαδικασία που ακολουθήθηκε αφορούσε την συμπλήρωση του Fear of Pain Questionnaire των McNeil and Rainwater (1998), σε δύο διαφορετικές εκδοχές : (α) τη γαλλική προσαρμογή των 10 ιατρικών περιστατικών φόβου επώδυνων εμπειριών από το αρχικό FPQ συν 19 πρόσθετα στοιχεία, (β) τη γαλλική προσαρμογή των 6 στοιχείων ασθένειας από το αρχικό FPQ συν 49 πρόσθετα στοιχεία, και τη συμπλήρωση ενός τρίτου ερωτηματολογίου (αυτοσχέδιου) που μετρά την έκθεση ενός ατόμου σε



επώδυνες καταστάσεις (Exposure to Painful Situations Questionnaire, Sastre, et all., 2006) ( Sastre, et all., 2006).

Τα αποτελέσματα, της έρευνας των Sastre, et all., (2006) έδειξαν ότι όσον αφορά το φόβο του πόνου από τις ιατρικές διαδικασίες, προσδιορίστηκε μια δομή τεσσάρων παραγόντων: ιατρική εξέταση και ιατρική φροντίδα, ενέσεις, οδοντιατρική περίθαλψη και επεμβατικές τεχνικές. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία, συμμετέχοντες, και οι λιγότερο μορφωμένοι, μάλιστα, εμφάνισαν μεγαλύτερη τάση να φοβούνται τον πόνο που προέρχεται από τις επεμβατικές τεχνικές, από ότι παρουσίαζαν οι νεώτεροι και οι πιο μορφωμένοι.

Όσον αφορά το φόβο του πόνου που σχετίζεται με τις ασθένειες βρέθηκε μια συλλογή οκτώ-παραγόντων: Δευτερεύουσες ασθένειες, κράμπες, μολύνσεις και αποστήματα, φλεγμονώδεις αρθρώσεις, κωλικοί, κατάγματα, τραυματισμός οργάνων, και καρκίνος τελικού σταδίου. Εν τω μεταξύ, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία φάνηκε ότι παρουσιάζουν σε υπερβολικό βαθμό φόβο του πόνου που συνδέεται με τις δευτερεύουσες ασθένειες, τις φλεγμονώδεις αρθρώσεις, τα κατάγματα, τους κωλικούς και τις κράμπες, από ότι οι νεότεροι. Η παρελθοντική εμπειρία των επώδυνων καταστάσεων σε καταστάσεις πόνου, επίσης, έδειξε μια σαφή μείωση του φόβου του πόνου, που σχετίζεται σχεδόν με όλες τις ιατρικές πράξεις και συγκεκριμένα με επεμβατικού τύπου τεχνικές (Sastre, et all., 2006).

Εν κατακλείδι, διαφαίνεται ο κεντρικός ρόλος του συναισθήματος του φόβου σε διαφορετικές μορφές και εκφάνσεις των ανθρωπίνων σχέσεων, σε σχέση με επώδυνη εμπειρία, από τις αμιγώς ιατροκεντρικές έως τις ευρύτερες οικογενειακές. Ο πόνος ως συναίσθημα δεν κατανοείται μόνο δύσκολα, αλλά και δύσκολα εκτιμάται αντικειμενικά. Και αυτό, γιατί βρίσκεται περισσότερο από όλα τα συναισθήματα στα όρια της φυσιολογικής, συστηματικής λειτουργίας του εγώ (Κανελλοπούλου, 2000). Όμως, σαν ένα τέτοιο οριακό συναίσθημα εύλογα απορεί κανείς για τη σχέση του πόνου με τα άλλα συναισθήματα και ιδιαίτερα για τη σχέση του φόβου με τον πόνο. Ο φόβος του πόνου, εξάλλου, αποτελεί μια «βασική μορφή» και έκφραση του συναισθήματος του φόβου (Hollander, 2004).

Μπορούμε να υποστηρίξουμε, λοιπόν, ότι όσο ζούμε θα πονάμε και όσο πονάμε θα φοβόμαστε. Διότι ο πόνος λειτουργεί σαν ένα απειλητικό ερέθισμα και φαίνεται να προκαλεί μια αντίδραση αποφυγής ως βελτιωτική απάντηση του φοβογόνου και επώδυνου ερεθίσματος. Αυτή η απειλή του πόνου δεν είναι μόνο μια προσθήκη στο αισθητηριακό μας σύστημα, ούτε προκύπτει μόνο από τις αισθητήριες λειτουργίες μας. Αντ' αυτού, αποτελεί ένα αρχικό και κεντρικό συστατικό της αναλγητικής συμπεριφοράς μας (Eccleston, 2001). Εντούτοις, μια γενικότερη στάση, πέρα από την πληθώρα των φόβων του πόνου, μπορεί να μετουσιωθεί σε ένα είδος «μετα-φόβου» (meta-fear), που δεν είναι τίποτα άλλο παρά ο φόβος του κάθε ατόμου σε σχέση με την επιδείνωση της φυσικής και ψυχικής του κατάστασης ή αυτό που ορίζει ο Frank ως ο «φόβος του

κατώτατου, οριακού σημείου αντοχής» στον πόνο (Frank, 2007).

Ως μια τέτοια, οριακή κατάσταση εξασθένησης και οπωσδήποτε και αποδιοργανωτική, η αντικειμενική φυσική εξάντληση του πόνου, μπορεί να οδηγήσει στην υποκειμενική συναισθηματική απάντηση κάποιου απέναντι στον πόνο και δύναται εν τέλει να διαδραματίσει έναν σημαντικό ρόλο στον καθορισμό της ποσότητας της έντασης και της διάρκειας του πόνου (Crombez et al., 1999). Για παράδειγμα ο μυθιστοριογράφος, ποιητής, και συγγραφέας θεατρικών έργων Reynolds Price το 1994, έγραφε πως ένας κακοήθης όγκος, από τον οποίο έπασχε, του προκαλούσε αυτόν τον βαθύτερο «μετα-φόβο» (Frank, 2007):

*«Μια ρεαλιστική εκτίμηση περιλάμβανε την παράλυση, την εξάρτηση από τους άλλους, τον ανέγγιχτο πόνο και την απουσία εργασίας... Ίσως ο θάνατος ή τα χειρότερα να ήταν κοντά; η τετραπληγία τώρα φαινόταν χειρότερη από τον ίδιο τον θάνατο. Ο θάνατος θα έλυνε τουλάχιστον τα άλλα διλήμματα. Σε εκείνη την μαύρη τρύπα θυμάμαι να κοιτάω το ταβάνι και καταλήγω ότι πρέπει να είχα σκεφτεί το Θεό, ως την τελευταία αμετάβλητη ματαίωση κάθε προσπάθειας — "πόσα περισσότερα μπορώ να υπομείνω;»*

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΠΡΩΙΜΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΩΝ ΕΜΠΕΙΡΙΩΝ ΣΤΗ ΓΕΝΕΣΗ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ

---

Τα τραυματικά γεγονότα, όπως ορίζονται από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία (APA, 1994), περιλαμβάνουν γεγονότα έξω από τη συνηθισμένη ανθρώπινη εμπειρία και βιώνονται με συναισθήματα εντόνου φόβου, τρόμου και αισθήματος αβοηθησίας (Hexel et al., 2004). Τα τραυματικά γεγονότα ζωής είναι αρκετά συχνά σε όλη την διάρκεια της ζωής. Πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι ένα ποσοστό του 68% των νέων έχουν εκτεθεί σε τραυματικά γεγονότα μέχρι την ηλικία των δεκαέξι ετών περίπου (Copeland, et al., 2007) και ότι τα δύο τρίτα των ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έχουν μια βιωμένη εμπειρία τραυματικών και στρεσογόνων γεγονότων ζωής (McQuaid et al., 2001; Rosenberg et al., 2000). Αυτό που προκαλεί εντύπωση είναι το γεγονός ότι, παρόλη τη μεγάλη συχνότητα τέτοιων γεγονότων, δεν αποτελεί συνήθης πρακτική η διερεύνηση τέτοιων φαινομένων από τους κλινικούς (Friedman et al., 1992).

Κάποια στιγμή, λοιπόν, στη διάρκεια της ζωή, όλα τα άτομα βιώνουν μια τραυματική εμπειρία, μια σωματική βλάβη ή μια αδικία. Ιστορικά, η πορεία της μελέτης των επώδυνων και τραυματικών εμπειριών χαρακτηρίζεται μεν από συναρπαστικά αποτελέσματα, αλλά και από εννοιολογική σύγχυση<sup>34</sup> (Huther, 2005). Το 1914 ο αμερικανός φυσιολόγος Walter Cannon εισήγαγε τον όρο «στρές», θέλοντας να περιγράψει τις επιδράσεις που διαταράσσουν την ομοιόσταση του οργανισμού. Ο οργανισμός απέναντι σε μια απειλητική κατάσταση αυξάνει την παραγωγή κατεχολαμινών, που προετοιμάζουν τον οργανισμό για εφόρμηση ή φυγή (Huther, 2005).

Αργότερα ο Καναδός γιατρός Hans Selye (1936) υποστήριξε ότι έννοια του stress μπορεί να οριστεί ως «*η μη ειδική ανταπόκριση του οργανισμού σε οποιοδήποτε καταπόνηση*». Διαπίστωσε, επίσης, ότι ο οργανισμός αντιδρά με τον ίδιο πάντα στερεότυπο τρόπο, ανεξάρτητα από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της στρεσογόνου κατάστασης και περιέγραψε την παθογόνο επίδραση των φορτίσεων του στρες στα επινεφρίδια, στο θύμο αδένα και στο βλεννογόνο του στομάχου. Και για τις δύο περιπτώσεις, μπορούμε να υποθέσουμε ότι, το έναυσμα για αυτή την αντίδραση στρες το δίνει ο φόβος και πως από το στρες γεννιέται το συναίσθημα του φόβου (Huther, 2005).

Στην ψυχαναλυτική θεωρία, το άγχος και ο φόβος αποτελούν οδυνηρές συναισθηματικές εμπειρίες, που προέρχονται από τραυματικές εμπειρίες, και αντιπροσωπεύουν για το άτομο μια απειλή ή έναν κίνδυνο (Pervin & John, 1970/

---

<sup>34</sup> Με αυτό ο Huther θέλει να τονίσει την ασάφεια στην χρήση των όρων στρές, άγχος και φόβος. Αυτοί οι όροι άλλοτε χρησιμοποιούνται ως ταυτόσημοι και άλλοτε ως διαφορετικοί. Ίσως, αυτό να οφείλεται στην ομοιότητα των σωματικών αντιδράσεων που υποκινούν (Huther, 2005).

1997). Τα συναισθήματα αυτά, σύμφωνα με αυτήν την άποψη, αποτελούν μια λειτουργία του εγώ που προειδοποιούν το εγώ για κάποιο κίνδυνο, ώστε να είναι έτοιμο να δράσει. Το τραύμα είναι η κατάσταση που δημιουργείται όταν δεν υπάρχει άγχος για να εμφανιστεί η λειτουργία της άμυνας. Οι τραυματικές νευρώσεις (π.χ πόλεμος, βιασμός) προέρχονται από το γεγονός της επίθεσης που δέχεται το υποκείμενο, το οποίο δεν έχει χρόνο όχι μόνο να αμυνθεί, αλλά ούτε και να νιώσει άγχος, δηλαδή να προβλέψει τον κίνδυνο (Freud, 1920).

Αυτή η κατάσταση σήματος του εγώ στην ψυχανάλυση ονομάζεται «τραύμα». Ως «τραυματική κατάσταση ο Freud όρισε την κατάσταση εκείνη κατά τη διάρκεια της οποίας το ψυχικό όργανο κατακλύζεται από μια ανεξέλεγκτη εισροή πολυάριθμων και έντονων ερεθισμάτων που δεν μπορεί να ελέγξει (Laplanche & Pontalis, 1986). Το τραύμα (είτε ψυχικό, είτε σωματικό), χαρακτηρίζεται, από την καταστροφή του εγώ, την οπισθοδρόμηση, και τη σχετική ανικανότητα (Harold, 2007). Μετά από μια ιστορική καταστροφή, για παράδειγμα, το τραύμα με τη ζημία του εγώ αντιμετωπίζεται συχνά και ως συσσωρευτικό τραύμα. Ο Harold, υποστηρίζει ότι, ιδιαίτερα το τραύμα παιδικής ηλικίας γίνεται παθογόνο εάν το περιεχόμενο του και οι επιρροές του αναστάληκαν και δεν έχουν εκφραστεί με λόγια σε ένα πιο συνειδητό επίπεδο. Το θαμμένο παρελθόν παιδικής ηλικίας είναι ικανό να ασκήσει παθογόνο επίδραση στην παρούσα και μελλοντική ζωή του τραυματισμένου ατόμου (Harold, 2007). Το εγώ, κατά συνέπεια, όταν υφίσταται ένα τραύμα περνά σε μια κατάσταση παραλυσίας, και αντιμετωπίζει μια κατάσταση κλονισμού, που προκλήθηκε από τη σημαντική αυτή απώλεια.

Η ψυχαναλυτική κατανόηση των διαφορετικών μορφών τραύματος έχει εμπλουτιστεί επίσης, από τα συσχετισμένα συμπεράσματα και άλλων επιστημονικών κλάδων. Τα παθογόνα αποτελέσματα στον εγκέφαλο επικύρωσαν τη διαφοροποίηση του ψυχικού τραύματος από τις μικρότερες μορφές δυσμενούς αναπτυξιακής εμπειρίας καθώς επίσης και από τις μη τραυματικές ψυχικές συγκρούσεις (van der Kolk, 2003). Τα τραυματικά γεγονότα της παιδικής ηλικίας, αποτελούν έναν κρίσιμο αιτιολογικό παράγοντα στην ανάπτυξη του συναισθήματος του φόβου (Foa & Kozak, 1986) και στην εγκαθίδρυση της σωματικής ευαισθησίας απέναντι σε αγχώδεις καταστάσεις (Taylor, 2003; Hagh-Shenas, 2005). Έρευνες έχουν καταδείξει, με σαφήνεια την επίδραση των πρώιμων τραυματικών γεγονότων στη ζωή των ανθρώπων, (όπως φυσικές καταστροφές, σωματικά τραύματα, ατυχήματα, σωματική κακοποίηση), αλλά και μετέπειτα γεγονότων ζωής όπως διαζύγιο, θάνατος αγαπημένου προσώπου, απώλεια εργασίας), στην υγεία και στην παραγωγή συμπτωμάτων άγχους και φόβου (Hexel et al., 2004).

Ο Γερμανός καθηγητής, Gerard Huther, το 1996, αποκαλύπτοντας το «σύνδρομο της κεντρικής προσαρμογής», ενσωματώνει την έννοια του στρες στο συναίσθημα του φόβου (Huther 2005). Ο Huther αποδίδει μια ευρύτερη έννοια στον όρο φόβο, από ότι γίνεται στο πλαίσιο της έρευνας θυμικών φαινομένων. Χαρακτηρίζει ως φόβο, το

αίσθημα που εκδηλώνεται στην αρχή κάθε ψυχογενούς αντίδρασης στρες, το οποίο αναγκαστικά διαφοροποιείται ανάλογα με την προσωπική πείρα του κάθε ατόμου ως προς το κατά πόσον είναι σε θέση να αντιμετωπίσει μια ψυχική φόρτιση (Huther 2005).). Μελέτες, μάλιστα, έχουν δείξει ότι τα συμπτώματα της τραυματικής εμπειρίας (άγχος, φόβος) μπορούν να εμφανιστούν πριν και από την εμφάνιση μιας μετέπειτα επερχόμενης πραγματικής απειλής ή κινδύνου (Söderquist et al., 2008).

Αρκετές μελέτες, επίσης, υποστηρίζουν ότι, οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες, αναλαμβάνουν το ρόλο του σημαντικότερου παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη και την διατήρηση ψυχιατρικών διαταραχών, διαταραχών της προσωπικότητας και ψυχοπαθολογίας (Carlier et al., 2000; Hexel et al., 2004; Johnson et al., 2000;). Τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, μετα-τραυματικής διαταραχής άγχους (PTSD), διαταραχών ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας, καθώς και άλλων συμπεριφορικών διαταραχών, έχουν παρατηρηθεί, άλλωστε, σε παιδιά με ιστορικό κακοποίησης σε όλες τις μορφές της (Famularo et al., 1992; Pelcovitz, et al., 1994).

Έτσι αποδεικνύεται ότι η εμπειρία των ανεπιθύμητων καταστάσεων μπορεί να προκαλέσει μια ευαλωτότητα στην επίδραση των μετέπειτα επώδυνων εμπειριών εκδηλώνοντας μια πλειάδα σωματικών και ψυχολογικών αντιδράσεων φόβου. Έρευνες δείχνουν ότι σε οποιαδήποτε ηλικία, οι συμπεριφοριστικές μνήμες των τραυματικών εμπειριών, παραμένουν αρκετά ακριβείς, και πιστές στα γεγονότα που τις υποκίνησαν (Terr, 1988), εμπλέκοντας στην παρούσα εμπειρία, τη συμμετοχή ενός σωματοαισθητηριακού μηχανισμού μνήμης (Salomons et al., 2004). Η έρευνα στη νευρολογία έχει ανακαλύψει ότι το ψυχικό τραύμα στενεύει τον ιππόκαμπο και ενεργοποιεί την αμυγδαλή για τις αυτόματες αντιδράσεις άγχους και πανικού (van der Kolk, 2003), και ότι το σωματικό τραύμα στη ζωή των ατόμων προκαλεί μακράς διάρκειας ευαισθητοποίηση νευρωνικών κυκλωμάτων του κεντρικού νευρικού συστήματος, τα οποία εμπλέκονται στη ρύθμιση των συναισθημάτων του φόβου και του άγχους (Ledoux, 1998).

Η ιδιαίτερη συναισθηματική εμπειρία, που συνακολουθεί στρεσογόνες καταστάσεις προωθεί την αποτύπωση του γεγονότος (Ledoux, 1998) και η έκθεση σε ψυχοπιεστικά γεγονότα μπορεί μόνιμα να αλλάξει τις νευροβιολογικές διαδικασίες ή τις δομές, με τέτοιο τρόπο, που να οδηγήσει σε δυσμενείς επιπτώσεις στην ουδό διέγερσης και τη δυνατότητα αντιμετώπισης μιας μετέπειτα επώδυνης εμπειρίας (van der Kolk, 2003). Στοιχεία και από μη-αναδρομικές μελέτες, ωστόσο καταλήγουν στην συμβολή του ψυχικού και σωματικού τραύματος στην διαμόρφωση του συναισθήματος του φόβου. Παραδείγματος χάριν, τα παιδιά που έχουν δοκιμάσει έντονα μια τραυματική εμπειρία εκθέτουν μεγαλύτερους επόμενους φόβους σχετικά με το γεγονός από εκείνα που δεν έχουν εκτεθεί σε ψυχοπιεστικά γεγονότα (Ollendick & King, 1991).

Αυτό εξηγείται από το γεγονός, ότι οι τραυματικές εμπειρίες κωδικοποιούνται στη μνήμη, ως δομές φόβου (Foa & Kozak, 1986), που ενεργοποιούνται με ευκολία και

προάγουν μια υπερευαίσθησία απέναντι στην επερχόμενη απειλή (Taylor, 2003). Σε διάφορες μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι μια πλειοψηφία φοβικών ατόμων, εστιάζει στην βιωμένη τραυματική εμπειρία, ως κεντρική δομή στην απόκτηση φόβου τους (Di Nardo et al., 1988). Σε σχέση με τον πόνο, αν και η έρευνα είναι λιγοστή, διατομικές μελέτες έχουν βρει, αφενός, θετικές συσχετίσεις μεταξύ τραυματικών ή αγχωτικών γεγονότων ζωής και του χρόνιου πόνου (Boisset-Piolo et al., 1995; Raphael et al., 2001) και αφετέρου ότι άτομα με ομο-εμφανιζόμενες τραυματικές εμπειρίες, που σχετίζονται με συμπτώματα κοινωνικής φοβίας, έχουν μεγαλύτερα επίπεδα φόβου του πόνου και εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο στην ανάπτυξη χρονιότητας του πόνου τους, σε σχέση με τα άτομα που δεν έχουν βιώσει ανάλογες καταστάσεις (Asmundson & Carleton, 2005).

Εν κατακλείδι, γίνεται κατανοητός ο ρόλος των τραυματικών γεγονότων ζωής στη γένεση του συναισθήματος του φόβου απέναντι σε μια επώδυνη απειλιτική κατάσταση, και ως τέτοια κατάσταση μπορεί να χαρακτηριστεί και ο σωματικός πόνος.

## *Β. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ*

## 1. Ορισμός του προβλήματος

Αποτελεί κοινό φαινόμενο, ότι οι άνθρωποι φοβούνται τον πόνο, κυρίως λόγω, του απωθητικού του χαρακτήρα. Έρευνες καταδεικνύουν, ότι το συναίσθημα του φόβου και το άγχος που σχετίζονται με τον πόνο, αποτελούν σημαντικά φαινόμενα, καθώς διαφαίνεται να κατέχουν μοναδικές ιδιότητες (McNeil & Rainwater, 1998). Διάφορες διασυνδέσεις έχουν βρεθεί ανάμεσα στο φόβο του πόνου σε σχέση με την ανάπτυξη καταστροφολογίας ( Eccleston & Crombez, 2007; Hirsh, et al., 2007) την αυτό-αποτελεσματικότητα στην διαχείριση επώδυνων καταστάσεων (McWilliams and Asmundson, 2007), την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας (Asmundson, et al., 2004), τη συμπεριφορά αποφυγής του πόνου (Vlaeyen & Linton, 2000), και την κινησιοφοβία (Kori et al., 1990, Ostelo et al., 2003). Επιπρόσθετα, άλλες μελέτες υποστηρίζουν, ότι ο φόβος και το άγχος που προκαλεί ο πόνος, οδηγεί σε εγκαθίδρυση της χρονιότητας του πόνου και της χρόνιας ανικανότητας (Asmundson et al., 2004). Επίσης, ο Waddell και οι συνεργάτες του μελέτησαν τη σχέση ανάμεσα στο χρόνιο πόνο, την ανικανότητα και τις σχετιζόμενες με τον πόνο φοβικές και αποφευκτικές πεποιθήσεις σε συνάρτηση με την αποφυγή φυσικών και εργασιακών δραστηριοτήτων (Waddell, et al., 1993). Αν και μερικές μελέτες έχουν καταλήξει σε αρνητικά συμπεράσματα (e.g: Dehghani, Sharpe, & Nicholas, 2003; Roelofs et al., 2003), υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ασθενείς με χρόνιο πόνο στρέφονται, επιλεκτικά, σε σχετιζόμενα με τον πόνο λανθασμένα συμπεράσματα και ότι αυτά τα γνωστικά σφάλματα οφείλονται στο φόβο του πόνου (Williams, et al., 2005).

Μια σχετική έννοια, που συνδέεται με το φόβο του πόνου αποτελεί και η αποκαλούμενη ευαισθησία στο άγχος (AS)(anxiety sensitivity) ή ο φόβος των αγχωδών σωματικών αισθήσεων (fear of anxiety sensations). Έρευνες έχουν καταδείξει, ότι η σωματική αυτή ευαισθησία, εμπλέκεται ενεργά στην εμπειρία του πόνου (Zvolensky, et al., 2001) σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία (Asmundson, et al., 2004) και σε στην ένταση του πόνου στην κεφαλαλγία (Norton & Asmundson, 2004). Οι ίδιοι ερευνητές παρατήρησαν, επίσης, ότι άτομα με χρόνιο πόνο που παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα AS αναφέρουν σημαντικά μεγαλύτερο γνωστικό άγχος, φόβο του πόνου και συμπεριφορά αποφυγής, από ότι οι ασθενείς με μεσαίο ή χαμηλό σκορ στο φόβο του άγχους των σωματικών αισθήσεων (Norton & Asmundson, 2004). Μάλιστα, μέσα στο μοντέλο αποφυγής του πόνου η σωματική ευαισθησία μπορεί να διαδραματίσει έναν κρίσιμο ρόλο στην έναρξη, τη συντήρηση και στην συμπεριφορά αποφυγής του χρόνιου πόνου, με την ενίσχυση του φόβου του πόνου (Tsao et al., 2007). Αυτή η σχέση μεταξύ της αποφυγής του πόνου και της σωματοποίησης του άγχους, διευκρινίστηκε από τους Asmundson και Taylor το 1996, οι οποίοι, χρησιμοποιώντας στατιστικά μοντέλα, τη



ανάλυσης παλινδρόμησης (structural equation modelling), ανακάλυψαν μια γραμμική σημαντική συσχέτιση από τη σωματική ευαισθησία στο φόβο του πόνου, σε ασθενείς με χρόνιο μυοσκελετικό πόνο (Asmundson & Taylor, 1996) και σε ασθενείς με κεφαλαλγία (Norton & Asmundson, 2004). Εδώ, αξίζει να τονίσουμε ότι το μοντέλο της αποφυγής του φόβου του πόνου (*The fear-avoidance model*) αντιλαμβάνεται το φόβο του πόνου ως μια ειδική φοβία (Lethem et al., 1983; Vlaeyen & Linton, 2000). Με βάση τα αξιώματα των μοντέλων αποφυγής, οι McCracken και οι συνεργάτες του έχουν υποστηρίξει ότι οι γνωστικές, φυσιολογικές, και συμπεριφοριστικές απαντήσεις στον πόνο μπορούν, σε μερικές των περιπτώσεων, να αντιπροσωπεύσουν μια φοβική απάντηση που χρησιμεύει στο να διατηρήσει και να ενισχύσει τη συμπεριφορά πόνου (Mc Cracken et al., 1992).

### **1. 1 Σκοπός και σπουδαιότητα της μελέτης**

Ο φόβος του πόνου, μπορούμε να υποστηρίξουμε, ότι αποτελεί ένα πυρηνικό θέμα, στο πλαίσιο της έρευνας για τον πόνο και τις επιπτώσεις του. Ωστόσο, η αξιολόγηση των ασθενών σε σχέση με την επίδραση του φόβου και του άγχους, στην ένταση και στην αντιμετώπιση της επώδυνης εμπειρίας (McNeil & Rainwater, 1998; Mc Cracken et al., 1992), καθώς και την ανάπτυξη ή συντήρηση της ψυχοπαθολογίας (Asmundson, et al., 2004), μπορεί να είναι ιδιαίτερα προκλητική, λόγω της ευρείας ποικιλίας των πληροφοριών που απαιτείται για μια γενική αξιολόγηση του πόνου. Μελέτες καταγράφουν, ότι η αντιμετώπιση, η συναισθηματική διάθεση και η αυτό-αποτελεσματικότητα στον πόνο, διαμεσολαβείται από στοιχεία της προσωπικότητας (Newth & DeLongis, 2004; Goubert et al., 2004), αλλά και από άλλες παραμέτρους όπως, εύρος της ανικανότητας, στρατηγικές διαχείρισης (Vervoort, et al., 2006), οικογενειακή οργάνωση (Liakouroulou-Kairis et al., 2002), κατάθλιψη (Hassett, et al., 2000). Επίσης, θετικές συσχετίσεις έχουν βρεθεί ανάμεσα στην επίδραση των τραυματικών εμπειριών και στη δυνατότητα ενός ασθενή να διαχειριστεί τον πόνο του (Spertus et al., 1999).

Γενικός στόχος, λοιπόν, της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διασύνδεση της σχέσης του συναισθήματος του φόβου του πόνου με την βιωμένη εμπειρία ενός τραυματικού γεγονότος της παιδικής ηλικίας. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων (φόβος και άγχος του πόνου, σωματική ευαισθησία στο άγχος με επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία, εχθρότητα, ψυχοπαθολογία, οικογενειακό περιβάλλον και ναρκισσισμός) στα άτομα που είχαν υποστεί ένα γεγονός το οποίο τους είχε προκαλέσει άγχος ή στενοχώρια ως παιδί και σε αυτά που δεν είχαν βιώσει μια τέτοια εμπειρία. Πιο συγκεκριμένα:

- Σύγκριση της ομάδας των ατόμων που βίωσαν ένα στρεσογόνο/τραυματικό γεγονός ως παιδιά και της ομάδας όσων δεν είχαν στο ιστορικό τους μια ανάλογη εμπειρία ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.
- Συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.
- Συσχετίσεις αναφορικά με το φύλο, την ηλικία και λοιπά κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά (οικογενειακή κατάσταση, επαγγελματική-οικονομική κατάσταση, στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας και ποιο στρεσογόνο γεγονός,) τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά

Στην παρούσα έρευνα, η ανίχνευση και η διερεύνηση της υπάρχουσας συνάφειας των φόβων που ο πόνος προκαλεί σε σχέση με τις ανωτέρω ψυχολογικές και κοινωνικές παραμέτρους, συμβάλλει στην ανάδειξη, επιβεβαίωση της ετερογένειας και αντιμετώπιση της «αλγοφοβίας» ως ένα βιοψυχοκοινωνιολογικό φαινόμενο της ανθρώπινης φύσης και ιδιαιτερότητας, με εσωτερικές διεργασίες, στα πλαίσια ενός ευρύτερου συστήματος διαμόρφωσης του φόβου, σε συνάρτηση με τις πρώιμες τραυματικές εμπειρίες, όπως δηλώθηκαν από τους συμμετέχοντες. Τα αποτελέσματα φαίνεται να έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθώς αφορούν τον Ελληνικό πληθυσμό, όπου κάτι ανάλογο δεν έχει πραγματοποιηθεί μέχρι τώρα. Από πρακτική άποψη, επίσης, τα αποτελέσματα φωτίζουν πτυχές του φαινομένου, διευρύνοντας τους ορίζοντες του φόβου και της σχέσης του με τον πόνο αφ' ενός, και αφ' ετέρου είναι δυνατό να σχεδιαστεί και να εφαρμοστεί ένα πρόγραμμα οικογενειακής και ενδο-οικογενειακής παρέμβασης στις συγκεκριμένες οικογένειες που ενισχύουν δομές της εμφάνισης του φόβου, ώστε να μειωθεί ο φόβος του πόνου που τείνει να λάβει τη μορφή, όπως προαναφέρθηκε, μιας ειδικής φοβίας.

## **1.2 Ερευνητικές υποθέσεις**

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης είναι:

- Η εμπειρία του πόνου δύναται να «ξυπνήσει» ένα σύνολο εξαιρετικά αρνητικών σκέψεων, αλλά και να ενεργοποιήσει, επίσης, καλά κρυμμένους φόβους άλλων τραυματικών καταστάσεων (Gatchel, et al., 2007). Η ιδιαίτερη συναισθηματική εμπειρία, που συνακολουθεί στρεσογόνες καταστάσεις προωθεί την αποτύπωση του γεγονότος (Ledoux, 1998) και η έκθεση σε ψυχοπιεστικά γεγονότα μπορεί μόνιμα να αλλάξει τις νευροβιολογικές διαδικασίες ή τις δομές, με τέτοιο τρόπο που να οδηγήσει σε δυσμενείς επιπτώσεις στην ουδό διέγερσης και τη δυνατότητα αντιμετώπισης μιας μετέπειτα επώδυνης εμπειρίας (van der Kolk, 2003). Στοιχεία και από μη-αναδρομικές μελέτες, ωστόσο καταλήγουν στην συμβολή του ψυχικού και σωματικού τραύματος στην διαμόρφωση του συναισθήματος του φόβου.

Παραδείγματος χάριν, τα παιδιά που έχουν δοκιμάσει έντονα μια τραυματική εμπειρία εκθέτουν μεγαλύτερους επόμενους φόβους σχετικά με το γεγονός από εκείνα που δεν έχουν εκτεθεί σε ψυχοπιεστικά γεγονότα (Ollendick & King, 1991). Η έρευνα, επιπλέον στη νευρολογία έχει καταδείξει ότι το ψυχικό τραύμα στενεύει τον ιππόκαμπο και ενεργοποιεί την αμυγδαλή για τις αυτόματες αντιδράσεις άγχους, πανικού και φόβου (van der Kolk, 2003). Σε σχέση με τον πόνο, αν και η έρευνα είναι λιγοστή, διατομικές μελέτες έχουν βρει θετικές αφενός, συσχετίσεις μεταξύ τραυματικών ή αγχωτικών γεγονότων ζωής και του χρόνιου πόνου (Boisset-Pioro et al., 1995; Spertus et al., 1999; Raphael et al., 2001) και αφετέρου ότι άτομα με ομο- εμφανιζόμενες τραυματικές εμπειρίες, που σχετίζονται με συμπτώματα κοινωνικής φοβίας, έχουν μεγαλύτερα επίπεδα φόβου του πόνου και εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο στην ανάπτυξη χρονιότητας του πόνου τους, σε σχέση με τα άτομα που δεν έχουν βιώσει ανάλογες καταστάσεις (Asmundson & Carleton, 2005). Ως προς το φόβο του πόνου, λοιπόν, η υπόθεσή μας είναι ότι τα άτομα που θα έδιναν θετική απάντηση στην έκθεση σε ψυχοπιεστικά γεγονότα παιδικής ηλικίας θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση στο αντίστοιχο βίωμα.

- Ως προς το άγχος του πόνου και την σωματική ευαισθησία στο άγχος για την λειτουργία της καρδιάς η υπόθεσή μας είναι ότι τα άτομα που θα έδιναν θετική απάντηση στην παρουσία τραυματικού γεγονότος στην παιδική τους ηλικία θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα άγχους του πόνου και σωματικής υπαιρευαισθησίας και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση στο αντίστοιχο βίωμα, καθώς αφενός, υπάρχει γραμμική συσχέτιση ανάμεσα στο φόβο, στο άγχος του πόνου και στο άγχος των σωματικών αισθήσεων (Reiss et al., 1986; Asmundson & Taylor, 1996; Asmundson, et al., 2004; Norton & Asmundson, 2004) και αφετέρου, μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι μια πλειοψηφία φοβικών ατόμων, εστιάζει στην βιωμένη εμπειρία ως κεντρική δομή στην απόκτηση φόβου τους (Di Nardo et al., 1988) και έχουν αναδείξει μια θετική διασύνδεση μεταξύ των τραυματικών ή αγχωτικών γεγονότων ζωής και της σωματικής ευαισθησίας στο άγχος (Ehlers & Clark 2000; Leen-Feldner et al., 2008)
- Αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση του συναισθήματος του φόβου με την ψυχοπαθολογία, και έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα του ρόλου που διαδραματίζει ο φόβος, το άγχος και η σωματοποίηση του άγχους στην εμφάνιση και την πορεία διαφόρων τύπων ψυχοπαθολογίας (Goodwin, 1986; Menzies & Clarke, 1994; McNeil & Rainwater, 1998; Barlow, 2000; Vlaeyen & Linton, 2000; Asmundson, et al., 2004; Kim & Gorman, 2005; Taylor, 2006; Taylor, Asmundson & Wald, 2007; Leahy, 2007; Macht, 2008). Επίσης, αρκετές

μελέτες υποστηρίζουν ότι, οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες, αναλαμβάνουν το ρόλο του σημαντικότερου παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη και την διατήρηση ψυχιατρικών διαταραχών, διαταραχών της προσωπικότητας και ψυχοπαθολογίας (Leserman et al., 1998; Carlier et al., 2000; Johnson et al., 2000; Bandelow et al., 2002). Τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, μετατραυματικής διαταραχής άγχους (PTSD), διαταραχών ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας, καθώς και άλλων συμπεριφορικών διαταραχών, έχουν παρατηρηθεί, άλλωστε, σε παιδιά με ιστορικό κακοποίησης σε όλες τις μορφές της (Famularo et al., 1992; Pelcovitz, et al., 1994). Κατά συνέπεια, και σύμφωνα με τις προαναφερθείσες μελέτες, ως προς την ψυχοπαθολογία, η υπόθεσή μας είναι ότι τα άτομα που θα έδιναν θετική απάντηση στην βιωμένη τραυματική εμπειρία παιδικής ηλικίας, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση στο αντίστοιχο βίωμα.

- Έρευνές για την ανάπτυξη του φόβου, του άγχους και της σωματικής ευαισθησίας έχουν δείξει την άμεση συσχέτιση των παραγόντων αυτών σε συνάρτηση με τη λειτουργία της οικογένειας (Katz & Low, 2004). Δυσλειτουργικές μορφές οικογενειακής λειτουργίας συνδέονται με την ανάπτυξη τους άγχους ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας σε παιδιά που έχουν υποστεί φυσικές καταστροφές (π.χ. σεισμό) (Kilic, Özgüven, & Sayil, 2003). Είναι κοινά αποδεκτό, ότι οι φόβοι παιδικής ηλικίας προκύπτουν, επειδή το παιδί αντιλαμβάνεται όλο και περισσότερο τους πιθανούς κινδύνους για δικούς του, από το οικογενειακό του περιβάλλον και ότι το επίπεδο φόβου της μητέρας αλλά και η έκφρασή του από την ίδια συμβάλλουν στην ανάπτυξη του φόβου των παιδιών (Muris, and Merckelbach 2001; Ollendick, et al., 2001). Οι έρευνές έχουν καταδείξει τη σχέση της οικογενειακής συνοχής με το κοινωνικό άγχος και το φόβο της αρνητικής αξιολόγησης, ενώ η έλλειψη οικογενειακής προσαρμοστικότητας συνδέθηκε με το φόβο των ξένων (Peleg-Poroko & Dar, 2001). Ως προς το οικογενειακό περιβάλλον, υποθέτουμε ότι τα άτομα που θα έδιναν θετική απάντηση στην βιωμένη εμπειρία ενός τραυματικού γεγονότος θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα συγκρούσεων στο οικογενειακό περιβάλλον και χαμηλά σε όλες τις άλλες υποκλίμακες της κλίμακας του οικογενειακού περιβάλλοντος (συνοχή, ανεξαρτησία, εκφραστικότητα, προσανατολισμός για διανοήση, ψυχαγωγία, επιτεύγματα, ηθική και θρησκευτική έμφαση, οργάνωση και έλεγχος του οικογενειακού συστήματος) και χαμηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση στο αντίστοιχο βίωμα καθώς οι οικογενειακές μεταβλητές και οι εσωτερικές διεργασίες εντός του οικογενειακού περιβάλλοντος, συνδέονται με ολόένα αυξανόμενο άγχος και σωματική ευαισθησία κατά τη διάρκεια του χρόνου (Merikangas et al., 1998; Mendlowitz et al., 1999; Crockenberg & Langrock,

2001; Peleg-Popko, 2002; Garralda, 2008). Πιο συγκεκριμένα, υπόθεσή μας είναι ότι το οικογενειακό περιβάλλον των ατόμων που θα έδιναν θετική απάντηση στην βιωμένη εμπειρία ενός τραυματικού γεγονότος θα διέπεται από δυσλειτουργία σε σχέση με το οικογενειακό περιβάλλον των ατόμων που θα έδιναν αρνητική απάντηση.

- Ένας από τους τρόπους με τους οποίους φαίνεται να προσπαθούν τα άτομα που νιώθουν φόβο να προστατέψουν τον εαυτό τους, είναι η εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς, είτε προς τους άλλους, είτε προς τον εαυτό τους (αυτοεπικρίση) (Stemmler, et al., 2007), εφόσον τα ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι αφ' ενός, η επιθετικότητα λειτουργεί ως αυτόνομη αντανεκλαστική αντίδραση και αφετέρου, αποτελεί μια κοινωνικοποιημένη μορφή του συναισθήματος του φόβου (Le Doux et al., 1990; Stemmler, et al., 2007; Grahama et al., 2007; Jarymowicz & Bar-Tal, 2006). Σύμφωνα με τα ανωτέρω, ως προς την εχθρότητα, η υπόθεσή μας είναι ότι τα άτομα που θα έδιναν θετική απάντηση για παρελθοντικό βίωμα τραυματικού γεγονότος στην παιδική ηλικία, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα εχθρότητας και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση στο αντίστοιχο βίωμα καθώς, οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες συντελούν δυναμικά στην ανάπτυξη της εχθρότητας στην ενήλική ζωή οδηγώντας σε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ή σε διαταραχές προσωπικότητας (π.χ. αλκοολισμός ή αυτοκτονικές τάσεις) (Ruggiero, 1999; Roy, 1999; Suominen, 2000; Roy, 2001).
- Το συναίσθημα του φόβου, παρόλο που βιώνεται καθολικά δεν αποτελεί και μια καθολική συναισθηματική αντίδραση, αντίθετα παρουσιάζει έναν πλουραλισμό αντιδράσεων. Ο φόβος έχει μια ιδιόλεκτη προσωπική σφραγίδα και μια στοχοπροσδιοριζόμενη δραστηριότητα (Riemann, 1994; Tudor, 2003). Αναλύσεις, σχετικές, με τις συμπεριφορές που εγείρει ο φόβος καταλήγουν στην άποψη ότι εκτός από τη συμπεριφορά αποφυγής (Foa & Kozak 1986), ο φόβος προκαλεί και συμπεριφορές προσέγγισης του φοβογόνου ερεθίσματος ή της φοβογόνου κατάστασης, σε βαθμό μάλιστα που να φτάνει στα όρια του «ηρωισμού» (Rachman, 2004). Μελέτες πάνω στην φοβική αντίδραση στον πόνο δεν μπορούν να προβούν σε σαφείς εξηγήσεις για τις μεμονωμένες διαφορές στο φόβο του πόνου και τις επιπτώσεις του (Turk & Okifuji, 2002) και στην αποφυγή δραστηριοτήτων (Vlaeyen et al., 1995a). Αν και η έρευνα είναι λιγοστή, ερευνητές και νοσοκομειακοί ιατροί έχουν παρατηρήσει ότι μερικοί ασθενείς με χρόνια πόνο παρά το φόβο τους τείνουν σε μια «συμπεριφορά εμμονής» υψίστου θάρρους, παρά σε μια συμπεριφορά αποφυγής της δραστηριότητας και της σωματικής καταπόνησης (Pascarelli & Hsu, 2001). Το κλειδί για την κατανόηση της "ανθρώπινης ώθησης στον ηρωισμό," είναι η διασύνδεση του φόβου με την έννοια του ναρκισσισμού (Perrulli, 2005), διότι στοιχείο της συμπεριφοράς, που

θεωρούνται μεταξύ των άλλων, ναρκισσιστικά είναι οι φόβοι και οι ευαισθησίες που σχετίζονται με την αυτοεκτίμηση του ατόμου (Κοκκώση και συν., 1998). Αυτή η ειδική σχέση, μεταφρασμένη στα μοντέλα του πόνου, εκπορεύεται από την ψυχοδυναμική παράδοση, η οποία αντιμετωπίζει την υπερδραστηριότητα στον πόνο, και δη στο χρόνιο πόνο (*ergomania model*), ως μια ανάγκη έκφρασης υπεραντιστάθμισης των αναγκών εξάρτησης, υπερβολικού ναρκισσισμού, μαζοχισμού και τελειοθηρίας (Van Houdenhove, 1986; Vlaeyen & Morley, 2004). Σύμφωνα με τα ανωτέρω, υποθέτουμε ότι, ως προς το ναρκισσισμό, τα άτομα που θα έδιναν θετική απάντηση στην βιωμένη εμπειρία ενός τραυματικού γεγονότος θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση στο αντίστοιχο βίωμα, καθόσον ο ναρκισσισμός συνδέεται με την επιδίωξη εμπειρίας (*sensation seeking*), και την αναζήτηση έντονων σωματικών αισθήσεων (Emmons, 1981) αφενός, και αφετέρου, η ανάπτυξη του ναρκισσισμού είναι αποτέλεσμα των ματαιώσεων από το περιβάλλον και έντονης στοματικής επιθετικότητας, με συνέπεια τη διασάλευση των αντικειμενοτρόπων σχέσεων και την εσωτερικεύσή τους (Kernberg, 1975).

### 1.3 Ορισμός των όρων της έρευνας

- **Φόβος του πόνου (εννοιολογικός ορισμός):** Ο φόβος του πόνου, ως εννοιολογική κατασκευή, αφορά μία επίμονη και πέρα από τα φυσιολογικά όρια φοβική αντίδραση στον πόνο. Η αντίδραση αυτή είναι υπερβολική και επεκτείνεται και πέρα από τον πόνο που αναμένεται κάτω από τις συγκεκριμένες περιστάσεις, με αποτέλεσμα να προάγει μια κατάσταση διάχυτου άγχους. Ο φόβος του πόνου καλείται με τον όρο «αλγοφοβία», που προέρχεται από τις ελληνικές λέξεις άλγος (πόνος) και φόβος (McNeil & Rainwater, 1998). Αν και υπάρχει αρκετή σύγχυση, ο φόβος του πόνου, είναι εμπειρικά ευδιαχώριστος από τις έννοιες του άγχους και της αρνητικής επιρροής, αναφέρεται στο φόβο του φυσικού πόνου που ακολουθεί μια ποικιλία γεγονότων εκτάσεως, π.χ. από το δάγκωμα της γλώσσας τρώγοντας έως το σπάσιμο του λαιμού κάποιου (Lightsey, et all., in press). Και ειδικότερα, ο φόβος του πόνου φαίνεται να περιλαμβάνει γνώσεις σχετικές με τον πόνο, που εφορμούνται πιθανώς από το παρόν – και είναι προσανατολισμένες στο μέλλον (Carleton & Asmundson, in press).
- **Φόβος του πόνου (λειτουργικός ορισμός):** Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης, φόβος του πόνου θεωρείται το συνολικό αποτέλεσμα και καθώς και των

υποκλιμάκων όπως βαθμολογούνται από το ερωτηματολόγιο FPQ-III( McNeil & Rainwater, 1998)

- **Άγχος του πόνου (εννοιολογικός ορισμός):** Ο πόνος και το άγχος που προκαλείται από αυτόν, αποτελούν συχνά αδιαχώριστες έννοιες. Το άγχος του πόνου, ως θεωρητική έννοια εκπορεύεται από τα πρόσφατα μοντέλα φόβου- άγχους- και αποφυγής του χρόνιου, κυρίως, πόνου και τονίζει τον σχετικό με τον πόνο φόβο, ως βασικό προδιαθεσικό παράγοντα 1) για την εγκαθίδρυση της χρονιότητας και 2) για μια γενικότερη ανησυχία μήπως ενισχυθεί ο πόνος (Asmundson, et al., 2004; Vlaeyen & Linton, 2000). Χαρακτηριστικά, το συναίσθημα του φόβου και τα άγχώδη συμπτώματα, που αφορούν τις γνώσεις γύρω από τον πόνο, καλούνται συλλογικά φόβος του πόνου ( Carleton & Asmundson, in press), ωστόσο οι έρευνες στρέφονται στο διαχωρισμό αυτών των εννοιών, διότι από πρακτικής άποψης και θεωρητικής άποψης ο φόβος, το άγχος και η αποφυγή του πόνου αναφέρονται σε ξεχωριστές διαστάσεις του προβλήματος (Mc Cracken, et al., 1996).
- **Άγχος του πόνου (λειτουργικός ορισμός):** Στην ερευνά μας, ως άγχος του πόνου, θεωρούνται τα αγχώδη συμπτώματα, σκέψεις και συμπεριφορές που σχετίζονται με τον πόνο, όπως μετριοούνται από την κλίμακα PASS-20 (McCracken & Dhingra, 2002).
- **Φόβος του άγχους των σωματικών αισθήσεων της καρδιακής λειτουργίας(εννοιολογικός ορισμός):** Η έννοια του άγχους στις σωματικές αισθήσεις της καρδιακής λειτουργίας (HFA; Heart Focused Anxiety) αφορά το φόβο των σχετικών καρδιακών ερεθισμάτων που βασίζονται στις αντιληπτές αρνητικές συνέπειές του θωρακικού πόνου, τόσο σε άτομα με καρδιολογικό πρόβλημα, όσο και σε υγιή άτομα (Eifert & Forsyth, 1999). Η ιδέα αυτή αναπτύχθηκε από τον Reiss και τους συνεργάτες και αναφέρεται στην τάση του ατόμου να αντιλαμβάνεται τις σωματικές αισθήσεις άγχους (όπως η ταχυκαρδία και η δυσφορία) ως απειλητικές και επικίνδυνες (Reiss et al., 1986). Αυτή η εννοιολογική κατασκευαστική δομή του επικεντρωμένου άγχους στην καρδιακή λειτουργία (HFA), φαίνεται να συσχετίζεται με πιο ειδικούς τρόπους στην ανάπτυξη της σωματικής ευαισθησίας στο άγχος (anxiety sensitivity). Εκτιμώντας ότι η ευαισθησία αυτή εμπεριέχεται στο φόβο του άγχους των διαστρεβλωμένων πεποιθήσεων απέναντι σε μια επερχόμενη απειλή (Reiss & McNally, 1985), η HFA αναφέρεται σε πιο συγκεκριμένες μορφές ερεθισμάτων φόβου του πόνου (Eifert, 1992; Taylor & Cox, 1998; Eifert & Forsyth, 1999).

- **Φόβος του άγχους των σωματικών αισθήσεων της καρδιακής λειτουργίας (λειτουργικός ορισμός):** Η συνολική βαθμολογία και η βαθμολογία των υποκλιμάκων, των συμμετεχόντων στην έρευνα, στο τέστ Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ;Eifert et al.,2000).
- **Επιθετικότητα (εννοιολογικός ορισμός):** Ιστορικά, η επιθετικότητα ως γνωστική εννοιολογική κατασκευή, θεωρείται μια τάση προς συμπεριφορά (attitude) που περιλαμβάνει την απέχθεια και την αρνητική αξιολόγηση προς τους άλλους (Berkowitz, 1989), τον κυνισμό,τη δυσπιστία και τη δυσφήμιση (Miller, et al.,1996), ή ως μία πιο πολύπλευρη έννοια που περιλαμβάνει και εκφραστική συμπεριφορά εκτός από τις αρνητικές τοποθετήσεις (Norlander & Eckhardt, 2005). Οι περισσότεροι ερευνητές, ωστόσο, υποθέτουν ότι η επιθετικότητα ως γνωστική κατασκευή περιλαμβάνει διαδικασίες, που προδιαθέτουν, στη συνέχεια, μια τάση προς παραγωγή συχνών επεισοδίων θυμού και υποκινεί κατά αυτόν τον τρόπο την επιθετική και εκδικητική συμπεριφορά όπως περιγράφηκε από τον Spielberger το 1988 ( Norlander & Eckhardt, 2005).
- **Επιθετικότητα (λειτουργικός ορισμός):** Για την παρούσα μελέτη, «επιθετικότητα» ως στάση, θα είναι η συνολική βαθμολογία και η βαθμολογία των υποκλιμάκων στην αντίστοιχη κλίμακα του HDHQ (Caine και συν, 1967)
- **Ψυχοπαθολογία (εννοιολογικός ορισμός):** Ο γνωστικός χώρος της ψυχοπαθολογίας έχει ως ουσιαστικό αντικείμενο το ψυχικό παθολογικό φαινόμενο και μπορεί να οριστεί ως χώρος που ασχολείται με την ταυτοποίηση, περιγραφή και ανάλυση των εκδηλούμενων συμπτωμάτων, των εσωτερικών ψυχικών δυναμικών σχέσεων και των εξωτερικών επιδράσεων που διέπουν τη γένεση και την οργάνωση των διαφόρων παθολογικών ψυχικών δομών και περιστάσεων (Μάνος, 1997; Ζερβής, 2001). Το χαρακτηριστικό του ψυχικού δεν είναι τίποτα άλλο από την εσωτερική, υποκειμενική διάσταση που συχνά διακρίνεται από την εξωτερική συμπεριφορά και τις εκδηλώσεις της (Ζερβής, 2001).
- **Ψυχοπαθολογία (λειτουργικός ορισμός):** Στην ερευνά μας η καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας, αποτυπώνεται από την κλίμακα Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R; Derogatis, 1977), που περιλαμβάνει 90 θέματα που περιγράφουν ψυχολογικές συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις της τελευταίας εβδομάδας (Ντώνιας και συν, 1991).



- Ναρκισσισμός (εννοιολογικός ορισμός):** Η επινόηση του όρου ναρκισσισμός αποδίδεται στον Ellis το 1898, που περιέγραψε μια συμπεριφορά διαστροφής και τη συσχέτισε με το μύθο του Ναρκίσσου (Laplanche & Pontalis, 1986), ωστόσο πήρε μεγάλη θεωρητική διάσταση και διαγνωστική σημασία μέσα από το έργο του Freud. Στους ψυχαναλυτικούς κύκλους, από τότε που ο Freud (1914) συνδύασε την ψύχωση με την απόσυρση της λίμπιντο από την εξωτερική πραγματικότητα προς το συμφέρον μιας ναρκισσιστικής καθεξής του εγώ, ο ναρκισσισμός θεωρείται παθολογικός εξ ορισμού. Ο Freud, μάλιστα, περιέγραψε τις ψυχώσεις σαν "ναρκισσιστικές νευρώσεις". Αλλού, όμως, βλέπει καθαρά τη λίμπιντο του εγώ σαν αναγκαίο πανομοιότυπο της λίμπιντο του αντικειμένου, με μια συνεχή παλινδρομική κίνηση, ανάμεσα στην επένδυση στο εγώ και την επένδυση στα εξωτερικά αντικείμενα (Freud, 1914). Ο ναρκισσισμός γίνεται παθολογικός μόνον όταν υπάρχει μια αποτυχία αυτής της παλινδρομικής κίνησης. Η υγιής επιλογή αντικειμένου εξαρτάται από τον υγιή ναρκισσισμό (Pervin & John, 1997). Επιπλέον ο Kernberg αναγνώρισε στο ναρκισσισμό, το ρόλο της επιθετικότητας εκφρασμένης με όρους υποτίμησης προς τους άλλους (Kernberg, 1975).
- Ναρκισσισμός (λειτουργικός ορισμός):** Στην παρούσα μελέτη, ο ναρκισσισμός καταγράφεται, όπως μετρείται από την κλίμακα NPI (Raskin & Hall, 1979), στην ελληνική προσαρμογή του, ως σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Κοκκώση και συν, 1998).
- Οικογενειακό περιβάλλον (εννοιολογικός ορισμός):** Η οικογένεια, μπορεί να θεωρηθεί, ως ένα σύνολο αλληλεπιδρώντων προσωπικοτήτων, οι οποίες συνιστούν μια ρέουσα δομή που επιφέρει συνεχή μεταβολή μέσω της αλληλεπίδρασης και της αλληλεξάρτησης (Burgess, 1926). Το οικογενειακό σύστημα είναι περισσότερο προσανατολισμένο στο "παρόν" παρά στο "παρελθόν", και ενδιαφέρεται περισσότερο για το "τι" των διεργασιών που αφορούν τις σχέσεις παρά για το "γιατί" παρουσιάζονται αυτές οι διεργασίες (Ζαφείρης, Ζαφείρη, & Μουζακίτης, 1999). Ωστόσο, οι διεργασίες που συντελούνται στο εσωτερικό του οικογενειακού συστήματος σύμφωνα με τον Chubb, φαίνεται να προσομοιάζουν με τη μη γραμμική διεργασία που παρατηρείται στο "φαινόμενο της πεταλούδας" (butterfly effect). (Chubb, 1990). Όπως έχουν υποστηρίξει, οι Herworth και Larsen, αυτές οι διεργασίες αντανακλούν τη θεωρία της κυβερνητικής, δηλαδή μια κυκλική πολυδιάστατη και αμφίδρομη σχέση αιτίου-αιτιατού στο πλαίσιο της οποίας η συμπεριφορά ενός μέλους γίνεται λειτουργία και ερέθισμα για τη συμπεριφορά των άλλων

μελών της οικογένειας, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία μιας ιδιαίτερης και μοναδικής οικογενειακής διεργασίας (Herworth, & Larsen, 1986).

- **Οικογενειακό περιβάλλον (λειτουργικός ορισμός):** Για τους σκοπούς της μελέτης μας, η διερεύνηση του οικογενειακού περιβάλλοντος, θα γίνει με την αποτύπωση της συνολικής βαθμολογίας και της βαθμολογίας των υποκλιμάκων, των συμμετεχόντων, στην αντίστοιχη κλίμακα του Form R-FES (Moos, R. 1987; Moos, R. & Moos, B. 1986; Moos, R. 1990)

#### **1.4 Περιορισμοί της έρευνας**

Τα αποτελέσματα της έρευνας και η γενίκευση των αποτελεσμάτων υπόκεινται στους παρακάτω περιορισμούς:

1. Εξετάστηκαν αποκλειστικά άτομα ηλικίας από 18- 75 ετών και αφορά μόνο άτομα μέλη υγιούς πληθυσμού.
2. Ο διαχωρισμός των συμμετεχόντων στις ομάδες πραγματοποιήθηκε με την υποκειμενική δήλωση τους, αν είχαν βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός και βασίστηκε στην προσωπική τους μνήμη και περιγραφή.
3. Η αξιολόγηση της ευαισθησίας στο άγχος και της σωματοποίησης, περιλαμβάνει μόνο τα ερεθίσματα που αφορούν την λειτουργία της καρδιάς.

## **2. Υλικό και Μέθοδος**

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Εργαστήριο Ιατρικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων από τον Ιανουάριο του 2008 έως τον Σεπτέμβριο του 2008.

Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν άτομα μέλη υγιούς πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα προήλθαν από τρεις κεντρικές δεξαμενές: Η πρώτη ήταν πτυχιακοί και μεταπτυχιακοί φοιτητές τμημάτων ΤΕΙ και ΑΕΙ από ανώτερα ιδρύματα όλης της Ελλάδας (Νοσηλευτικές Σχολές, Ιατρικές Σχολές, Σχολές Ψυχολογίας και Σχολές Λογοθεραπείας). Η δεύτερη δεξαμενή ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, εργαζόμενοι σε εκπαιδευτικά τριτοβάθμια ιδρύματα, διοικητικοί υπάλληλοι και επαγγελματίες υγείας σε νοσοκομεία (Πανεπιστημιακό νοσοκομείο Ιωαννίνων, νοσοκομείο, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών η «Σωτηρία», Πανεπιστημιακό νοσοκομείο Πατρών, Γενικό νοσοκομείο Πάτρας «Άγιος Ανδρέας», Πανεπιστημιακό νοσοκομείο Λάρισας, Γενικό νοσοκομείο Λάρισας, Πανεπιστημιακό νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης) και εργαζόμενοι στον ευρύτερο δημόσιο τομέα (Νομαρχίες, πρωτοβάθμια και

δευτεροβάθμια εκπαίδευση), καθώς και στον ιδιωτικό τομέα σε Αττική και σε όλη την Ελλάδα (επιχειρήσεις, έμποροι, ελεύθεροι επαγγελματίες, αυτοαπασχολούμενοι). Η τρίτη δεξαμενή ήταν συγγενικά και φιλικά πρόσωπα των ατόμων από τις ανωτέρω δεξαμενές.

Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ατόμων στη μελέτη ήταν οι παρακάτω:

1. Τα άτομα να είναι ενήλικα (άνω των 18 ετών) μέλη υγιούς πληθυσμού.
2. Μορφωτικό επίπεδο τέτοιο, έτσι ώστε να γίνονται αντιληπτές οι ερωτήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων. Έτσι, θα γινόταν δυνατό να αποφύγουμε τη διαδικασία μέτρησης του δείκτη νοητικής ικανότητας (IQ) των εξεταζόμενων, κάτι που θα επιβάρυνε ακόμη περισσότερο την διαδικασία μελέτης των εξεταζόμενων, η οποία θα ήταν ήδη σημαντικά επιβαρυνόμενη λόγω της μεγάλης έκτασης των ερωτηματολογίων.
3. Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.
4. Την απόφαση για το αν πληρούσαν οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα θα την έπαιρναν οι ερευνητές της παρούσας εργασίας.

Ο σχεδιασμός της μελέτης περιλάμβανε την αξιολόγηση ψυχολογικών χαρακτηριστικών που θα αφορούσαν τα συναισθήματα του φόβου/άγχους του πόνου και τις οικογενειακές σχέσεις, την εχθρότητα και τις μορφές της, την ψυχοπαθολογία και τον ναρκισσισμό. Το βασικό ερευνητικό σχέδιο της έρευνάς μας στηρίχθηκε στη συσχετιστική στρατηγική. Μεθοδολογικά κατατάσσεται στις συγχρονικές - νατουραλιστικές μελέτες (Παρασκευόπουλος, 1993).

Τα ερωτηματολόγια θα συμπληρώνονταν από τα ίδια τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, σε πλαίσιο επιλογής τους. Ταυτόχρονα, θα κατέγραφαν και τα δημογραφικά τους στοιχεία.

Τα άτομα που θα συμμετείχαν στη μελέτη θα είχαν ενημερωθεί για το σκοπό της και θα είχαν διαβεβαιωθεί για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Το κάθε άτομο θα δημιουργούσε έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν θα συμμετείχε στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία θα τη διεκπεραίωνε το ίδιο άτομο, οπότε μειώνονταν οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλιζόταν πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που θα έπαιρναν μέρος στην έρευνα.

## **2.1 Δείγμα**

Συνολικά τα άτομα που πληρούσαν τις προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα ήταν 598. Σε αυτά τα 598 άτομα ζητήθηκε να απαντήσουν εάν μπορούσαν να ανακαλέσουν κάποιο γεγονός το οποίο τους προκάλεσε έντονο άγχος ή στενοχώρια ως παιδί, και αν ναι ποιο ήταν και πότε ακριβώς συνέβη. Αυτά τα 598 άτομα, χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Η πρώτη αποτελούνταν από 300 άτομα (ποσοστό 50,4%) τα οποία απάντησαν πως έχουν βιώσει ένα τραυματικόν/αγχωτικό γεγονός στην παιδική τους

ηλικία, και η δεύτερη αποτελούνταν από 295 άτομα (ποσοστό 49,6%) που απάντησαν πως δεν είχαν βιώσει μια ανάλογη εμπειρία.

## **2.2 Διαδικασία**

Οι ερευνητές χορήγησαν σε άτομα ενήλικα, μέλη υγιούς πληθυσμού, τα αυτο-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια της μελέτης εντός φακέλου, τον οποίο το άτομο παρέδιδε κλειστό (αυτοπροσώπως ή ταχυδρομικά) μετά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, προκειμένου να διαφυλαχτεί το απόρρητο.

Οι ερευνητές βρίσκονταν στη διάθεση των ατόμων για διευκρινιστικές ερωτήσεις, όπου χρειάστηκε.

Μετά την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων γινόταν από τους ίδιους τους ερευνητές η διαδικασία αξιολόγησης των ψυχομετρικών ερωτηματολογίων, και σε ειδικούς πίνακες καταγράφονταν και προσδιορίζονταν τα αποτελέσματα του κάθε ψυχομετρικού εργαλείου ξεχωριστά για το κάθε άτομο.

Αναλυτικότερα, για την πραγματοποίηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά εργαλεία:

## **2.3 Ερωτηματολόγια και Ερευνητικά εργαλεία**

### **2.3.1 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III; McNeil & Rainwater, 1998).**

Το ερωτηματολόγιο του φόβου του πόνου (FPQ-III) δημιουργήθηκε από τους McNeil & Rainwater το 1998, και αντανακλά το βαθμό του φόβου που προκαλεί μια επίπονη κατάσταση. Η κατασκευή του βασίστηκε στο συμπεριφορικό-αναλυτικό μοντέλο των Goldfried & D'Zurilla's (1969), με έμφαση στην ανάλυση μιας περιστασιακής κατάστασης (situational analysis)( McNeil & Rainwater,1998). Πρόκειται για την τρίτη έκδοση μιας αυτό-συμπληρούμενης κλίμακας, η οποία αποτελείται από 30 προτάσεις που περιγράφουν επώδυνες καταστάσεις του τύπου φοβάμαι τον πόνο που σχετίζεται με το... «να πάθω τροχαίο ατύχημα» ή ...«να κοπώ στο δάκτυλο από μια σελίδα χαρτιού» και κάθε πρόταση βαθμολογείται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (τύπου Likert) βασισμένη στο επίπεδο του φόβου του πόνου που κυμαίνεται από "καθόλου" (1) ως " υπερβολικά" (5). Το FPQ-III παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και αξιοπιστία. Οι McNeil and Rainwater (1998), βρήκαν, για παράδειγμα ότι τα άτομα που αναφέρουν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου, αποφεύγουν περισσότερο τα επώδυνα ερεθίσματα, από ότι τα άτομα που βρίσκονται σε χαμηλότερο επίπεδο φόβου όπως μετρήθηκαν με το FPQ-III (Williams et al., 2005).

Η βαθμολόγηση της κλίμακας γίνεται με το άθροισμα των εκτιμήσεων για κάθε επίπονη εμπειρία. Το συνολικό αποτέλεσμα παίρνει τιμές από 30 μέχρι 150. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερος κρίνεται ο φόβος. Η κλίμακα της μέτρησης του φόβου του πόνου απαρτίζεται και από τρεις υποκλίμακες. Η πρώτη υποκλίμακα περιλαμβάνει το φόβο που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (Minor Pain subscale), η δεύτερη υποκλίμακα μετράει το επίπεδο του φόβου που προέρχεται από δριμύ πόνο (Severe Pain subscale) και η τρίτη υποκλίμακα δηλώνει το βαθμό του φόβου σε σχέση με τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale). Κάθε υποκλίμακα περιέχει 10 προτάσεις. Επίσης, το συνολικό σκόρ μπορεί να ληφθεί και με το άθροισμα των επιμέρους υποκλιμάκων. Ο δείκτης Cronbach's alpha του FPQ-III στο ελληνικό δείγμα είναι 0,845. Το FPQ-III έχει, διεθνώς, χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σχετικές με το συναίσθημα του φόβου του πόνου, που καταδεικνύουν την διαμεσολάβηση του φόβου στην ένταση και στην ποιότητα των επώδυνων ερεθισμάτων, τόσο σε άτομα με χρόνια πόνο, όσο και σε άτομα που δεν έχουν βιώσει άμεσα την εμπειρία του πόνου (Williams et al, 2005; Hirsh et al, 2007; Lightsey et al., in press).

### **2.3.2 Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20; McCracken et al., 1992; McCracken et al., 2002)**

Η κλίμακα μέτρησης των συμπτωμάτων άγχους του πόνου (PASS-20) κατασκευάστηκε από τους McCracken & Dhingra το 2002, και αποτελεί τη σύντομη μορφή του αρχικού ερωτηματολογίου, το οποίο περιελάμβανε στην κανονική εκδοχή του 40 ερωτήσεις (McCracken et al., 1992; McCracken & Dhingra, 2002). Όπως και στην αρχική του μορφή το PASS-20 αφορά το φόβο και τις αγχώδεις αντιδράσεις που αναπτύσσουν τα άτομα απέναντι στον πόνο (McCracken et al., 2002). Το PASS-20 πρόκειται για ένα αυτό-χορηγούμενο ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς, το οποίο αποτελείται από 20 διαπιστώσεις, όπου περιγράφουν την υποκειμενική εμπειρία αντίδρασης απέναντι στον πόνο, όπου τα άτομα χρησιμοποιώντας μια πενταβάθμια κλίμακα Likert (από το 0= ποτέ έως 4= πάντα) δηλώνουν το βαθμό στον οποίο οι προτάσεις τους αντιπροσωπεύουν (McCracken et al., 2002).

Το ερωτηματολόγιο αυτό μετρά δηλώσεις που αφορούν περισσότερο γενικευμένες καταστάσεις που σχετίζονται με τον πόνο, (όπως π.χ. όταν πονάω νομίζω ότι μπορεί να είμαι σοβαρά άρρωστος) παρά που συνδέονται άμεσα με την επώδυνη περιστασιακή εμπειρία (όπως, π.χ. να σπάσω το πόδι μου) (Carleton & Asmundson, in Press). Πρόκειται για ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο διεθνώς εργαλείο (eg., Vlaeyen & Linton, 2000; Coons, et al., 2004; Williams, et al., 2005), το οποίο μπορεί να αποδειχθεί

εξαιρετικά χρήσιμο όπου εμφανίζεται ανησυχία για τον χρόνο και την ποσότητα της απαιτούμενης ατομικής σωματικής προσπάθειας (Roelofs et al., 2003).

Η συνολική βαθμολογία εξάγεται με την άθροιση των βαθμών όλων των προτάσεων. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερο άγχος παρουσιάζουν τα άτομα. Το εύρος του συνολικού αποτελέσματος του τεστ λαμβάνει τιμές από 0-80. Η κλίμακα μέτρησης των συμπτωμάτων άγχους του πόνου περιλαμβάνει, επίσης τέσσερις, ευδιάκριτους και ειδικούς παράγοντες που σχετίζονται με το άγχος του πόνου, που απαρτίζουν και αντιστοίχως, τις τέσσερις υποκλίμακες του εργαλείου : (1) φοβικές σκέψεις, (2) γνωστικό άγχος, (3) συμπεριφορά αποφυγής και (4) σωματικές αντιδράσεις άγχους (Mc Cracken et al., 1992). Κάθε υποκλίμακα περιλαμβάνει 5 διαπιστώσεις- προτάσεις. Οι μετρήσεις των διαστάσεων αυτών είναι πολύ σημαντικές, επειδή το άγχος του πόνου έχει προβλεπτική αξία στον προσδιορισμό της κατάθλιψης και της ανικανότητας στους ασθενείς με χρόνιο πόνο (Mc Cracken et al., 1992) και αποτελεί, επίσης ένα εργαλείο, κεντρικής σπουδαιότητας, για την διερεύνηση της αποφυγής του πόνου (e.g., Asmundson et al., 2004; Coons, et al., 2004; Vlaeyen and Linton, 2000).

Το PASS-20 παρουσιάζει ισχυρή εσωτερική συνέπεια, αξιοπιστία και καλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και προβλεπτικής ικανότητας (Roelofs et al., 2003). Εν παραδείγματι, η έρευνα των Burns et al., το 2000, έδειξε ότι οι ασθενείς με υψηλή βαθμολογία στο PASS είναι πιθανό να αποφεύγουν, ενδεχομένως την επίπονη φυσική άσκηση, για να μειώσουν το φόβο τους απέναντι στον πόνο που αυτή προκαλεί (Burns et al., 2000). Ο δείκτης Cronbach's alpha του PASS-20 για το ελληνικό δείγμα είναι 0,833.

### **2.3.3 Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία -Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al., 2000)**

Η Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) η οποία, αναπτύχθηκε από τον Eifert και τους συνεργάτες τους το 2000, αποτελεί τη διευρυμένη μορφή του ερωτηματολογίου, που στην αρχική του εκδοχή περιελάμβανε 16 προτάσεις (Zvolensky et al., 2003). Το CAQ σχεδιάστηκε με σκοπό να μετρήσει το άγχος των σωματικών αισθήσεων σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία (Eifert, Thompson et al., 2000) και θεωρητικά εκπορεύεται από το μοντέλο του Reiss (1986), για το φόβο του άγχους και της υπερευαισθησίας των σωματικών αισθήσεων, όπως το αίσθημα παλμών, της δυσφορίας και της ναυτίας, εξαιτίας των πεποιθήσεων που αναπτύσσουν τα άτομα, ότι αυτές οι αισθήσεις οδηγούν σε επιβλαβείς ή επικίνδυνες συνέπειες (Reiss, 1986). Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από 18 προτάσεις, που περιγράφουν διαστάσεις σχετικές με τις σωματικές αισθήσεις της καρδιακής λειτουργίας σε μια πενταβάθμια κλίμακα – Likert που εκτείνεται από "ποτέ"

(ο) ως " πάντα" (5). Το CAQ παρέχει ένα συνολικό αποτέλεσμα καθώς και τρία αποτελέσματα των υποκλιμάκων του σχετικά με (1) φόβο και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (8 προτάσεις), (2) αποφυγή δραστηριοτήτων (5 προτάσεις) και (3) επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (5 προτάσεις).

Ένα συνολικό αποτέλεσμα του CAQ υπολογίζεται ως μέσος όρος των σχετικών εκτιμήσεων συχνότητας για κάθε ένα από τα 18 θέματα, (δηλ., με το άθροισμα όλων βαθμών που αντιστοιχούν σε κάθε πρόταση και που διαιρείται δια του 18, τον συνολικό αριθμό των θεμάτων της κλίμακας) (Eifert, Thompson et al., 2000; Zvolensky et al., 2003). Τα αποτελέσματα της κάθε υποκλίμακας υπολογίζονται, ομοίως ως μέσος όρος των σχετικών εκτιμήσεων συχνότητας, για κάθε μια από τις προτάσεις που αντιστοιχούν σε κάθε υποκλίμακα. Κατά συνέπεια το άθροισμα της υποκλίμακας του φόβου διαιρείται δια του 8 και το άθροισμα των υπόλοιπων δυο υποκλιμάκων διαιρείται δια του 5 (ο αριθμός των δηλώσεων σε αυτές τις υποκλίμακες). Η χρησιμοποίηση των μέσων όρων εξασφαλίζει ότι το συνολικό αποτέλεσμα του CAQ καθώς και τα αποτελέσματα από τις υποκλίμακες, με τους διαφορετικούς αριθμούς των θεμάτων που αντιστοιχούν σε αυτές, μπορούν να είναι κατά αυτόν τον τρόπο αμεσότερα και ευκολότερα συγκρίσιμα, επειδή η σειρά του συνολικού σκορ αλλά και όλων των αποτελεσμάτων της κάθε υποκλίμακας είναι η ίδια, δηλαδή παίρνει τιμές από το 0 έως το 4. (0-4) (Eifert, Thompson et al., 2000). Το CAQ παρουσιάζει συνέπεια εσωτερικής κατασκευής (e.g., total score alpha coefficient: .83). Επίσης, χαρακτηρίζεται από καλή συγκλίνουσα εγκυρότητα, όπως αποδεικνύεται από συσχετίσεις με καθορισμένα ψυχιατρικά εργαλεία (Eifert et al., 2000) και εμφανίζει να κατέχει μια παρόμοια γνωστική διαδικασία σε κλινικό και μη κλινικό δείγμα (Eifert, Thompson et al., 2000). Όσο υψηλότερα είναι τα αποτελέσματα στο CAQ, τόσο μεγαλύτερο είναι και το άγχος σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία (Zvolensky et al., 2003). Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιείται στη διεθνή ερευνητική δραστηριότητα τόσο σε ασθενείς με καρδιακές παθήσεις (Hoyer, et al, 2008), όσο και σε υγιείς πληθυσμούς για τη διερεύνηση του φόβου της ασθένειας εν γένει ( Eifert & Forsyth, 1996). Ο δείκτης Cronbach's alpha του CAQ, για την ελληνική πραγματικότητα στο δείγμα μας είναι 0,825.

#### **2.3.4 Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας - Hostility and Direction of Hostility Questionnaire ( HDHQ; Caine και συν, 1967)**

Το HDHQ είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο μετράει την επιθετικότητα ως στάση (attitude). Αφορά σ' έναν τρόπο μέτρησης ενός ευρέως φάσματος από πιθανές εκδηλώσεις της επιθετικότητας. Αντανακλά την ετοιμότητα για απάντηση με εχθρική συμπεριφορά και μια τάση εκτίμησης προσώπων, συμπεριλαμβανομένου και του εαυτού, με τρόπο δυσμενή και αρνητικό. Η

επιθετικότητα όπως μετριέται με το HDHQ δεν έχει καθόλου σχέση με σωματική επιθετικότητα και σωματική βιαιότητα. Το HDHQ αποτελείται από 5 υποκλίμακες στα 52 είδη του Καταλόγου Πολυφασικής Προσωπικότητας του Πανεπιστημίου της Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI). Τρεις υποκλίμακες, η παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility) (AH), η επίκριση των άλλων (criticism of others) (CO), και παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility) (PH) αφορούν την εξωστρεφή επιθετικότητα και αποτελούν μετρήσεις μεγάλης ποινικότητας. Δύο υποκλίμακες, η αυτο-επίκριση (self-criticism) (SC) και παραληρηματική ενοχή (Guilt) (G) αφορούν την ενδοστρεφή επιθετικότητα και αφορούν μετρήσεις αυτοτιμωρίας. Το άθροισμα και των πέντε υποκλιμάκων αντανakλά τη συνολική επιθετικότητα. Τα αποδεκτά πρότυπα (Caine et al., 1967) για τη συνολική επιθετικότητα σε φυσιολογικό πληθυσμό είναι ανάμεσα σε 12 έως 14, αλλά υψηλότερα όρια έχουν επίσης προταθεί (McPherson, 1988). Μελέτες για την εγκυρότητα σε κλινικά δείγματα έχουν οδηγήσει σε σημαντικούς συσχετισμούς ανάμεσα στο HDHQ και στους παρατηρούμενους ρυθμούς θυμού των νοσηλευτών (Blackburn et al., 1979). Η εγκυρότητα των παραμέτρων του ερωτηματολογίου έχει διαπιστωθεί από πολλές μελέτες. Το HDHQ έχει χρησιμοποιηθεί στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό (Economou & Angelopoulos, 1989; Αγγελόπουλος και συν., 1987; Αγγελόπουλος, 1984) σε ψυχιατρικούς (Lyketsos et al., 1978) και σε σωματικούς ασθενείς (Drosos et al., 1989; Sifneos, 1986).

### **2.3.5 Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R (SCL-90; Derogatis, 1977)**

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), η οποία αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977), αφορά την καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 ερωτήματα, τα οποία περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση 9 υποκλιμάκων. Οι τελευταίες συμπεριλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν επιπλέον 3 συνολικοί δείκτες, οι οποίοι αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντώνιας και συν, 1991).



### **3.3.6 Η κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας- -Narcissistic Personality Inventory (NPI; Raskin & Hall 1979)**

Η κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας (NPI) είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο δημιουργήθηκε από τους Raskin & Hall το 1979, με σκοπό τη μελέτη των ατομικών διαφορών στο ναρκισσισμό ως σταθερού χαρακτηριστικού της προσωπικότητας, με βάση την απουσία της ναρκισσιστικής διαταραχής προσωπικότητας κατά DSM-III (Raskin & Terry, 1988). Στην αρχική του μορφή το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 40 ζεύγη προτάσεων αναγκαστικής επιλογής, όπου από κάθε ζεύγος δυνατών απαντήσεων σε κάθε ερώτηση το άτομο επιλέγει εκείνη τη φράση που περιγράφει καλύτερα τον εαυτό του. Μπορούν, επίσης, οι προτάσεις να ενταχθούν σε επτά παράγοντες (εξουσιαστικότητα, αυτάρκεια, υπεροχή, επιδειξιμανία, τάση για εκμετάλευση, ματαιοδοξία, απαιτητικότητα) (Σταλίκας και συν., 2002). Στην ελληνική εκδοχή, μετά από επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων, απομακρύνθηκαν 10 ζεύγη προτάσεων έτσι ώστε η τελική μορφή του NPI να περιλαμβάνει 30 ζεύγη (Κοκκώση, Βασιλαματζής, Αναγαστόπουλος & Μαρκίδης, 1998).

Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται ευρέως σε έρευνες στην Ελλάδα και στο εξωτερικό καθώς παρουσιάζει σημαντικές συσχετίσεις με τις κλίμακες NPDS (Narcissistic Personality Disorder Scale) και του ερωτηματολογίου προσωπικότητας (MMPI) (Morey et al, 1985). Στην κωδικοποίηση των απαντήσεων και τη βαθμολόγησή τους από τους ερευνητές, η επιλογή από το άτομο εκείνης της εναλλακτικής εκ των δύο σε κάθε ζεύγος προτάσεων ερωτημάτων, που υποδηλώνει την παρουσία στο άτομο του χαρακτηριστικού της ναρκισσιστικής προσωπικότητας, βαθμολογείται με 1, ενώ η επιλογή της άλλης εναλλακτικής, που αποτελεί ένδειξη της απουσίας του, βαθμολογείται με 0 (Κοκκώση και συν, 1998). Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από την άθροιση των βαθμών στις προτάσεις που υποδηλώνουν την παρουσία του χαρακτηριστικού της ναρκισσιστικής προσωπικότητας, και λαμβάνει τιμές από 0 έως 30. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε καλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's alpha για όλο το ερωτηματολόγιο των 40 ζευγών προτάσεων βρέθηκε ίσος με 0.85 Στην Ελλάδα έγινε προσπάθεια να διερευνηθεί η ύπαρξη ενός κοινού, γενικού παράγοντα ναρκισσισμού και όχι η ύπαρξη των επτά επιμέρους παραγόντων ναρκισσισμού (επ' αυτού βρίσκεται σε εξέλιξη ανάλυση δεδομένων από δείγμα 943 φοιτητών) (Κοκκώση και συν, 1998).

### **2.3.7 Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES) των Moos and Moos (Moos, R. 1987; Moos, R. & Moos, B. 1986; Moos, R. 1990)**

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος των Moos and Moos (1987) μετρά την οικογενειακή ατμόσφαιρα, διερευνώντας τρεις διαστάσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος σε όλους τους τύπους των οικογενειών. Συγκεκριμένα μετρά τις διαστάσεις των διαπροσωπικών σχέσεων, το βαθμό ενθάρρυνσης της προσωπικής ανάπτυξης και τη βασική οργανωτική δομή της οικογένειας. Είναι μια έγκυρη και αξιόπιστη Κλίμακα με ευρεία εφαρμογή κι ο ίδιος ο Moos (Moos, R. 1990) έχει παρουσιάσει λεπτομερείς περιγραφές της αξιοπιστίας, της εγκυρότητας και των αλληλοσυσχετίσεων μεταξύ των υποκλιμάκων της. Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει χρησιμοποιηθεί διεθνώς σε πολλές μελέτες που αφορούσαν ασθενείς και τις οικογένειές τους ( Holahan et al., 1995; Holahan et al., 1997)

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος αποτελείται από 90 ερωτήσεις, και είναι οργανωμένη σε τρεις τομείς, καθένας από τους οποίους περιλαμβάνει 3, 5 και 2 αντίστοιχα υποκλίμακες ως εξής:

- *Σχέσεις (Relationship Dimensions)*
  - Συνοχή (Cohesion)
  - Εκφραστικότητα (Expressiveness)
  - Σύγκρουση (Conflict)
- *Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)*
  - Ανεξαρτησία (Independence)
  - Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)
  - Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)
  - Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)
  - Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)
- *Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)*
  - Οργάνωση (Organization)
  - Έλεγχος (Control)

Η βαθμολόγηση της Κλίμακας γίνεται με βάση τον πίνακα που παρέχεται από τους κατασκευαστές της. Σε κάθε στήλη του πίνακα αθροίζεται ο αριθμός των κύκλων, που περιέχουν ένα (X). Το άθροισμα κάθε στήλης γράφεται στο αντίστοιχο τετραγωνίδιο στο κάτω μέρος της Κλίμακας.

Η κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει μεταφραστεί στην Ελληνική γλώσσα και προσαρμοστεί από την Κ. Μάτσα. Χρησιμοποιήθηκε στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό, σε τοξικομανείς και σε μέλη της οικογένειάς τους (Μάτσα, 1997).

### **2.3.6 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων**

Εκτός από τα ανωτέρω ψυχομετρικά εργαλεία, στα άτομα του δείγματος δόθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο περιλάμβανε ερωτήσεις για τα κοινωνικοδημογραφικά

στοιχεία τους (οικογενειακή κατάσταση, αδέρφια, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση και διαμονή) και την ταυτότητά τους (φύλο και ηλικία). Επίσης, τους ζητήθηκε να απαντήσουν σε μια κλειστή ερώτηση (διωνυμικού τύπου: ΝΑΙ-ΟΧΙ), η οποία αφορούσε το αν είχαν βιώσει ένα τραυματικό γεγονός ως παιδί-ερώτηση η οποία και αποτέλεσε το κριτήριο διαχωρισμού τους στις δύο ομάδες. Σε όσους απάντησαν θετικά σε αυτήν την ερώτηση, ζητήθηκε να αναφέρουν και ποιο γεγονός και πότε συνέβη.

#### **2.4 Το ερώτημα για το τραυματικό/αγχωτικό γεγονός παιδικής ηλικίας**

Τα άτομα ρωτήθηκαν εάν έχουν βιώσει κάποιο τραυματικό/αγχωτικό γεγονός στην παιδική τους ηλικία και αν ναι να το περιγράψουν. Η ερώτηση αυτή αφορά τη μνήμη των συμμετεχόντων για ένα συμβάν της παιδικής τους ζωής, το οποίο είτε το θυμούνται από την έντασή του, είτε από την αδυναμία τους να το αντιμετωπίσουν κατά τρόπο κατάλληλο, είτε από τον συγκλονισμό και τις παθογόνες επιπτώσεις διάρκειας που θεωρούν ότι επέφερε στην ψυχική τους οργάνωση.

#### **2.5 Στατιστική επεξεργασία**

Μια σειρά από διεργασίες στατιστικής ανάλυσης εφαρμόστηκαν για την επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων της έρευνας. Χρησιμοποιήθηκε το Στατιστικό Πρόγραμμα για τις Κοινωνικές Επιστήμες SPSS for Windows 14.0 (SPSS, 2005) με το 5% ( $p < 0,05$ ) επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (Huberty & Morris, 1989). Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούσαν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών έγιναν στα προγράμματα Excel και SPSS (SPSS, 2005; Γναρδέλλης, 2006), ενώ οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούσαν τις συγκρίσεις των ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών καθώς και τις συσχετίσεις των μεταβλητών εφαρμόστηκαν στο στατιστικό πακέτο SPSS, 14.0 (SPSS, 2005; Γναρδέλλης, 2006). Συγκεκριμένα:

A) Κατά την ανάλυση για την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος, διάμεσος, σταθερή απόκλιση (SD), τυπικό σφάλμα μέσης τιμής) των ατόμων που βίωσαν ένα τραυματικό γεγονός στην παιδική ηλικία και των ατόμων που δεν βίωσαν καμία ψυχοπιεστική κατάσταση, ως προς τις απαντήσεις τους σε κάθε Κλίμακα καθώς και σε κάθε υποκλίμακα.

B) Κατόπιν έγινε σύγκριση των διαμέσων των αποτελεσμάτων των εξής παραμέτρων: του ερωτηματολογίου του φόβου του πόνου του FPQ-III, της Κλίμακας των αγχώδων συμπτωμάτων πόνου του PASS-20, του άγχους των σωματικών αισθήσεων με επικέντρωση στην λειτουργία της καρδιάς του CAQ, της εχθρότητας του HDHQ, της ψυχοπαθολογίας του SCL-90, της κλίμακας του ναρκισσισμού (NPI) και την

κλίμακα του οικογενειακού περιβάλλοντος (Form R-FES ) ανάμεσα στις δύο ομάδες. Για τη σύγκριση των δύο κατανομών (απαντήσεις ατόμων που βίωσαν τραυματική εμπειρία στην παιδική τους ηλικία και απαντήσεις ατόμων που δεν βίωσαν) που αφορούσαν τις ποσοτικές μεταβλητές, χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία  $t$  test, διότι οι έλεγχοι για την κανονικότητα των κατανομών με τον έλεγχο της κυρτότητας και λοξότητας της καμπύλης της κατανομής (Skewness & Kyrtnosis) πιστοποίησαν ότι υπόθεση της κανονικότητας των μεταβλητών γίνεται δεκτή. Δηλαδή οι κατανομές ήταν κανονικές (Γναρδέλλης, 2006). Τα κριτήρια ήταν: η τιμή  $\geq \pm 2,00$  για τη λοξότητα (Skewness) και η τιμή  $\geq \pm 5,00$  για την κυρτότητα (Kyrtnosis) (Skordilis & Stavrou, 2005; Δαφέρμος, 2005).

Γ) Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία  $\chi^2$ . Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε (Κατσουγιαννόπουλος, 1990; Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000; Ιωαννίδης, 2000).

- το  $\chi^2$  του Pearson για πίνακες 3x2 στις περιπτώσεις που λιγότερο από το 25% των αναμενόμενων τιμών ήταν  $<5$ , καμία από τις αναμενόμενες τιμές ήταν  $<1$  και το σύνολο των παρατηρήσεων ήταν  $>24$  (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- το  $\chi^2$  του Pearson για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές ήταν  $>10$  (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- το  $\chi^2$  του Yates για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές ήταν μεταξύ του 5 και 10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- Στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές ήταν  $<1$  ή δεν πληρούσαν οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του  $\chi^2$  χρησιμοποιήθηκε η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί τύποι της δοκιμασίας αυτής είναι πολύπλοκοι, αλλά η δοκιμασία είναι εύκολο να εφαρμοστεί σε στατιστικά προγράμματα λογισμικού (Ιωαννίδης, 2000; Γναρδέλλης, 2006).

Δ) Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών (Ahlbom & Norell, 1992) μεταξύ της ομάδας όσων είχαν τραυματική εμπειρία στην παιδική ηλικία και όσων δεν είχαν, χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης  $r$  του Pearson, (Ρούσσο-Τσαούσης, 2006; Παρασκευόπουλος, 1993) μια και η κατανομή συχνοτήτων των τιμών τους ήταν κανονική (μόνο και σε ελάχιστες μεταβλητές υπήρχε απόκλιση). Συγκεκριμένα, με το συντελεστή συσχέτισης  $r$  του Pearson προσδιορίστηκε:

- η στατιστική συσχέτιση όλων των ποσοτικών μεταβλητών ανά δύο τόσο για την ομάδα όσων βίωσαν τραυματικό γεγονός, την ομάδα όσων δεν βίωσαν όσο και για το σύνολο του δείγματος (άτομα που είχαν βιωμένη τραυματική εμπειρία ως παιδιά και άτομα που δεν είχαν).

Οι διαφορές ( $P$ ) για όλους τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ( $p < 0,05$ ).

### 3. Αποτελέσματα της μελέτης

#### 3.1 Κοινωνικο - Δημογραφικό προφίλ του δείγματος

Το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ των ατόμων και των δύο ομάδων, καθώς και οι απαντήσεις τους στις ερωτήσεις που τους τέθηκαν στο Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών δεδομένων, παρουσιάζεται αναλυτικά στους πίνακες 1 και 2.

Η μέση ηλικία των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους του δείγματος ήταν  $33,08 \pm 12,36$ , με εύρος 18-75, και δε διέφερε στατιστικά σημαντικά από τη μέση ηλικία των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, η οποία ήταν  $34,16 \pm 11,53$ , με εύρος 18-71, και σε καμία από τις συγκρίσεις που έγιναν δεν διαπιστώθηκε στατιστική διαφορά ( $\chi^2$  του Pearson στη σύμπτυξη κλάσεων,  $P= 0,567$ , T-Test,  $P= 0,105$ ), παρά μόνο στη σύγκριση των ποσοστών της κατανομής πριν τη σύμπτυξη (Fisher Exact Test,  $P= 0,012$ ).

Σχεδόν τα 3 από τα 4 άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους (ποσοστό 78,0%) ήταν γυναίκες, και 1 στα 4 άνδρας (ποσοστό 22%). Μεταξύ των δύο αυτών ομάδων παράτηρήθηκε στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά με τη σύγκριση με το  $\chi^2$  του Pearson ( $P=0,002$ ).

Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση, τα μεγαλύτερα ποσοστά τόσο στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους όσο και στα άτομα που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν άγαμοι (ποσοστό 59,3% και 50,8%). Η σύγκριση με το Fisher Exact Test δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $P= 0,187$ ). Το 92% των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και αντίστοιχα το 90,5% των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους είχαν αδέρφια, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά ( $P=0,520$ ) μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το  $\chi^2$  του Pearson. ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό και των δύο ομάδων δεν είχε παιδιά (ποσοστό 66,0% και 60,0% αντίστοιχα, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά ( $P=0,218$ )) μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το  $\chi^2$  του Pearson.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους (ποσοστό 36,3%) και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους (ποσοστό 36,6%) ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Διαπιστώθηκε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το δείκτη L.R. (Likelihood Ratio) ( $P= 0,001$ ).

**Πίνακας 15** Κατανομή 595 ατόμων που ανέφεραν στρεσογόνο γεγονός κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και 295 ατόμων που δεν ανέφεραν, κατά ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, αδέρφια και παιδιά.

	Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας Θετική απάντηση N(%)	Αρνητική απάντηση N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά
Σύνολο	300 (50,4)	295 (49,6)	595 (100,0)	
<b>Ηλικία</b>				
Ελαχίστη - μέγιστη	18-75	18-71	18-75	
10-19 ετών	21 (7,0)	18 (6,1)	39 (6,6)	Fisher's Exact Test=15,872 P= 0,012
20-29 ετών	130 (43,3)	108 (36,6)	238 (40,0)	
30-39 ετών	53 (17,7)	81 (27,5)	134 (22,5)	
40-49 ετών	66 (22,0)	51 (17,3)	117 (19,7)	
50-59 ετών	21 (7,0)	32 (10,8)	53 (8,9)	
60-69 ετών	3 (1,0)	4 (1,4)	7 (1,2)	
70-79 ετών	6 (2,0)	1 (0,3)	7 (1,2)	
10-39 ετών	204 (68,0)	207 (70,2)	411 (69,1)	$\chi^2_p=0,328$
40-79 ετών	96 (32,0)	88 (29,8)	184 (30,9)	P=0,567
Μέση τιμή (x ± SD)	33,08 ± 12,36	34,16 ± 11,53	34,00 ± 12,00	t =-1,105 P= 0,270
<b>Φύλο</b>				
Άνδρες	66 (22,0)	98 (33,2)	164(27,6)	$\chi^2_p=9,379$
Γυναίκες	234 (78,0)	197 (66,8)	431 (72,4)	P= 0,002
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				
Άγαμος	178 (59,3)	150 (50,8)	328 (55,1)	Fisher's Exact Test=4,746 P= 0,187
Έγγαμος	108 (36,0)	130(44,1)	238 (40,0)	
Διαζευγμένος	9 (3,0)	11 (3,7)	20 (3,4)	
Χήρος	5 (1,7)	4 (1,4)	9 (1,5)	
<b>Αδέρφια</b>				
Ναι	276 (92,0)	267 (90,5)	543(91,3)	$\chi^2_p=0,415$
Όχι	24 (8,0)	28 (9,5)	52 (8,7)	P=0,520
<b>Παιδιά</b>				
Ναι	102 (34,0)	118 (40,0)	220(37,0)	$\chi^2_p=2,298$
Όχι	198 (66,0)	177 (60,0)	375 (63,0)	P= 0,130

x= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation),  $\chi^2_p= \chi^2$  του Pearson, t=T -Test

Τέλος, ως προς την *επαγγελματική κατάσταση* των δύο ομάδων παρατηρήθηκε στατιστικά ενδεικτικής σημαντικότητας διαφορά με τη σύγκριση με το Fisher Exact Test (P= 0,093). Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους (ποσοστό 30,4%), ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, αλλά και το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους (ποσοστό 33,9%) ήταν άνεργοι. Να σημειωθεί πως στην ομάδα των ανέργων εντάσσονται και οι φοιτητές.

Οι δύο ομάδες συγκρίθηκαν και ως προς τη *διαμονή* τους. Η σύγκριση με το  $\chi^2$  του Pearson δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά (P= 0,652) μεταξύ τους. Τα μεγαλύτερα ποσοστά των ατόμων και στις δύο ομάδες κατοικούσαν σε πόλη >150.000

κατοίκων (ποσοστό 46,0% και 43,1% αντίστοιχα). Από τους υπόλοιπους, το 37,0% όσων ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατοικούσαν σε πόλη<150.000 κατοίκων, ενώ ποσοστό 17% της ίδιας ομάδας κατοικούν σε χωριό/ κωμόπολη.

**Πίνακας 2** Κατανομή 595 ατόμων που ανέφεραν στρεσογόνο γεγονός κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και 295 ατόμων που δεν ανέφεραν, κατά επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση και διαμονή.

	Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας		Σύνολο	Διαφορά
	Θετική απάντηση N(%)	Αρνητική απάντηση N(%)	N(%)	
Σύνολο	300 (50,4)	295 (49,6)	595 (100,0)	
<b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>				
Αναλφάβητος	3 (1,0)	0 (0,0)	3 (0,5)	
Απόφοιτος Δημοτικού	14 (4,7)	10 (3,4)	24 (4,0)	
Απόφοιτος Γυμνασίου	11 (3,7)	9 (3,1)	20 (3,4)	L.R.=24,899
Απόφοιτος Λυκείου	38 (12,7)	71 (24,1)	109 (18,3)	P= 0,001
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	109 (36,3)	108 (36,6)	217 (36,5)	
Μεταπτυχιακά	31 (10,3)	38 (12,9)	69 (11,6)	
Διδακτορικό	2 (0,7)	3 (1,0)	5 (0,8)	
Φοιτητής ΑΕΙ/ΤΕΙ	92 (30,7)	56 (19,0)	148 (24,9)	
<b>Επαγγελματική κατάσταση</b>				
Άνεργος/Φοιτητής	84 (28,0)	67 (22,7)	151 (25,4)	
Οικιακά	16 (5,3)	13 (4,4)	29 (4,9)	
Αυτοαπασχολούμενος	43 (14,3)	29 (9,8)	72 (12,1)	
Ιδιωτικός Υπάλληλος	66 (22,0)	86 (29,2)	152 (25,5)	Fisher's Exact Test=7,942
Δημόσιος Υπάλληλος	91 (30,4)	100 (33,9)	191 (32,1)	P= 0,093
<b>Διαμονή</b>				
Χωριό- Κωμόπολη	51 (17,0)	48 (16,3)	99 (16,6)	
Πόλη< 150.000 κατοίκους	111 (37,0)	120 (40,7)	231 (38,8)	$\chi^2_p=0,856$
Πόλη> 150.000 κατοίκους	138 (46,0)	127 (43,1)	265 (44,5)	P= 0,652

x= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation),  $\chi^2_p= \chi^2$  του Pearson, L.R.= δείκτης Likelihood Ratio

### 3.2 Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20)

Στον πίνακα 3, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της κλίμακας μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου (Pain Anxiety Symptoms Scale, PASS-20), στις δύο ομάδες του δείγματος, όπως αυτή μετράται από το ερωτηματολόγιο των McCracken et al. (1992).

Στην υποκλίμακα *avoidance Pass* του PASS-20 των δύο ομάδων, όπως φαίνεται στον πίνακα 3, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής

ηλικίας τους ήταν αντίστοιχα  $8,85 \pm 4,08$ , με εύρος 0-20 και  $8,52 \pm 4,15$ , με εύρος 0-20, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,317$ ). Η σύγκριση με το  $\chi^2$  του Pearson, μετά τη σύμπτυξη σε τρεις κλάσεις, δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $P= 0,142$ ).

Στην υποκλίμακα *fearfull thinking* του PASS-20 των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν αντίστοιχα  $5,98 \pm 4,07$ , με εύρος 0-20 και  $4,81 \pm 3,81$ , με εύρος 0-19, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,000$ ). Επίσης, η σύγκριση της κατανομής με το  $\chi^2$  του Pearson, μετά τη σύμπτυξη σε τρεις κλάσεις, ανέδειξε στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά ( $P= 0,005$ ) μεταξύ των δύο ομάδων.

Στην υποκλίμακα *cognitive anxiety* του PASS-20 των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν αντίστοιχα  $8,57 \pm 4,41$ , με εύρος 0-20 και  $7,53 \pm 4,05$ , με εύρος 0-19, με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,003$ ). Επίσης, η σύγκριση της κατανομής με το  $\chi^2$  του Pearson, μετά τη σύμπτυξη σε τρεις κλάσεις, ανέδειξε στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά ( $P= 0,007$ ) μεταξύ των δύο ομάδων.

Στην υποκλίμακα *Physiological Responses* του PASS-20 των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν αντίστοιχα  $6,53 \pm 3,84$ , με εύρος 0-19 και  $5,43 \pm 3,41$ , με εύρος 0-17, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,000$ ). Επίσης, η σύγκριση της κατανομής με το  $\chi^2$  του Pearson, μετά τη σύμπτυξη σε τρεις κλάσεις, ανέδειξε στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά ( $P= 0,006$ ) μεταξύ των δύο ομάδων.



**Πίνακας 3**

Κατανομή, σύγκριση και συσχέτιση των υποκλιμάκων και του συνολικού βαθμού του PASS-20, των ατόμων που ανέφεραν στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας και των ατόμων που δεν ανέφεραν.

	Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας			Διαφορά
	Θετική απάντηση N(%)	Αρνητική απάντηση N(%)	Σύνολο N(%)	
Σύνολο	300 (50,4)	295 (49,6)	595 (100,0)	
<b>Avoidance</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-20	0-20	0-20	
0-<4,78	41 (13,7)	56 (19,0)	97 (16,3)	$\chi^2_p=3,898$
>=4,78-<=12,80	208 (69,3)	184 (62,4)	392 (65,9)	P= 0,142
>12,80-<=20	51 (17,0)	55 (18,6)	106 (17,8)	
Μέση τιμή (x ± SD)	8,85 ±4,08	8,52 ± 4,15	8,69 ±4,11	t =1,002 P= 0,317
<b>Fearfull Thinking</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-20	0-19	0-20	
0-<1,42	41 (13,7)	66 (22,4)	107 (18,0)	$\chi^2_p=10,595$
>=1,42-<=9,38	205 (68,3)	195 (66,1)	400 (67,2)	P= 0,005
>9,38-<=20	54 (18,0)	34 (11,5)	88 (14,8)	
Μέση τιμή (x ± SD)	5,98 ±4,07	4,81 ± 3,81	5,40 ±3,98	t =3,616 P = 0,000
<b>Cognitive Anxiety</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-20	0-19	0-20	
0-<3,80	37 (12,3)	53 (18,0)	90 (15,1)	$\chi^2_p=9,906$
>=3,80-<=12,32	202 (67,3)	207 (70,2)	409 (68,7)	P= 0,007
>12,32-<=20	61 (20,4)	35 (11,8)	96 (16,2)	
Μέση τιμή (x ± SD)	8,57 ±4,41	7,53 ± 4,05	8,06 ±4,26	t=2,989 P= 0,003
<b>Physiological Responses</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-19	0-17	0-19	
0-<2,31	50 (16,7)	61 (20,7)	111 (18,7)	$\chi^2_p=10,385$
>=2,31-<=9,65	184 (61,3)	198 (67,1)	382 (64,2)	P= 0,006
>9,65-<=19	66 (22,0)	36 (12,2)	102 (17,1)	
Μέση τιμή (x ± SD)	6,53 ±3,84	5,43 ± 3,41	5,98 ±3,67	t=3,666 P= 0,000
<b>Total PASS</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-77	0-65	0-77	
0-<14,23	44 (14,7)	63 (21,4)	107 (18,0)	$\chi^2_p=7,628$
>=14,23-<=42,03	199 (66,3)	195 (66,1)	394 (66,2)	P= 0,022
>42,03-<=77	57 (19,0)	37 (12,5)	94 (15,8)	
Μέση τιμή (x ± SD)	29,93 ±14,34	26,29 ± 13,21	28,13 ±13,90	t =3,218 P= 0,001

x= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation),  $\chi^2_p= \chi^2$  του Pearson, t=T -Test

Στη συνολική τιμή (Total PASS-20) των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της

παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν αντίστοιχα  $29,93 \pm 14,34$ , με εύρος 0-77 και  $26,29 \pm 13,21$ , με εύρος 0-65, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,001$ ). Επίσης, η σύγκριση της κατανομής με το  $\chi^2$  του Pearson, μετά τη σύμπτυξη σε τρεις κλάσεις, ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $P= 0,022$ ) μεταξύ των δύο ομάδων.

### **3.3 Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)**

Στον πίνακα 4, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα του άγχους για την καρδιακή λειτουργία (Cardiac Anxiety Questionnaire, CAQ), όπως αυτή μετράται από το ερωτηματολόγιο των Eifert et al. (2000).

Στην υποκλίμακα *fear* του CAQ των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν αντίστοιχα  $0,93 \pm 0,750$ , με εύρος 0,000-3,875 και  $0,81 \pm 0,68$ , με εύρος 0,000-3,250, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,044$ ). Στη σύγκριση, όμως, της κατανομής με το  $\chi^2$  του Pearson, μετά τη σύμπτυξη σε τρεις κλάσεις, δεν παράτηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $P= 0,341$ ) μεταξύ των δύο ομάδων.

Στην υποκλίμακα *avoidance* του CAQ των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν αντίστοιχα  $1,39 \pm 0,70$ , με εύρος 0,000-4,000 και  $1,26 \pm 0,70$ , με εύρος 0,000-3,400, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,024$ ). Στη σύγκριση, όμως, της κατανομής με το  $\chi^2$  του Pearson, μετά τη σύμπτυξη σε τρεις κλάσεις, δεν παράτηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $P= 0,217$ ) μεταξύ των δύο ομάδων.

Στην υποκλίμακα *attention* του CAQ των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν αντίστοιχα  $0,79 \pm 0,62$ , με εύρος 0,000-3,000 και  $0,68 \pm 0,54$ , με εύρος 0,000-3,200, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,022$ ). Στη σύγκριση, όμως, της κατανομής με το  $\chi^2$  του Pearson, μετά τη σύμπτυξη σε τρεις κλάσεις, δεν παράτηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $P= 0,342$ ) μεταξύ των δύο ομάδων.

**Πίνακας 4** Κατανομή, σύγκριση και συσχέτιση του συνολικού βαθμού του CAQ των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν.

	Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας			Διαφορά
	Θετική απάντηση N(%)	Αρνητική απάντηση N(%)	Σύνολο N(%)	
Σύνολο	299 (50,3)	295 (49,7)	594 (100,0)	
<b>Fear</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0,00-3,87	0,00-3,25	0-3,87	
>=0-<0,15	51 (17,1)	62 (21,0)	113 (19,0)	X <sup>2</sup> <sub>p</sub> =2,151 P= 0,341
>=0,15-<=1,59	195 (65,2)	190 (64,4)	385 (64,8)	
>1,59-<=4	53 (17,7)	43 (14,6)	96 (16,2)	
Μέση τιμή (x ± SD)	0,93 ± 0,75	0,81 ± 0,68	0,87 ± 0,72	t = 2,016 P = 0,044
<b>Avoidance</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0,00-4,00	0,00-3,40	0-4	
>=0-<0,62	50 (16,7)	65 (22,0)	115 (19,4)	X <sup>2</sup> <sub>p</sub> =3,052 P= 0,217
>=0,62-<=2,02	206 (68,9)	195 (66,1)	401 (67,5)	
>2,02-<=4	43 (14,4)	35 (11,9)	78 (13,1)	
Μέση τιμή (x ± SD)	1,39 ± 0,70	1,26 ± 0,70	1,32 ± 0,70	t = 2,269 P = 0,024
<b>Attention</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0,00-3,00	0,00-3,20	0-3,20	
>=0-<0,15	35 (11,7)	39 (13,2)	74 (12,5)	X <sup>2</sup> <sub>p</sub> =2,146 P= 0,342
>=0,15-<=1,31	213 (71,2)	218 (73,9)	431 (72,5)	
>1,31-<=4	51 (17,1)	38 (12,9)	89 (15,0)	
Μέση τιμή (x ± SD)	0,79 ± 0,62	0,68 ± 0,54	0,73 ± 0,58	t = 2,288 P = 0,022
<b>CAQ - Total</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0,00-3,11	0,00-3,00	0-3,11	
>=0-<0,43	38 (12,7)	53 (18,0)	91 (15,3)	X <sup>2</sup> <sub>p</sub> =3,242 P= 0,198
>=0,43-<=1,49	211 (70,6)	198 (67,1)	409 (68,9)	
>1,49-<=4	50 (16,7)	44 (14,9)	94 (15,8)	
Μέση τιμή (x ± SD)	1,02 ± 0,53	0,90 ± 0,52	0,96 ± 0,53	t = 2,749 P = 0,006

x= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), X<sup>2</sup><sub>p</sub>= X<sup>2</sup> του Pearson, t=T -Test

Στη συνολική τιμή (Total CAQ) των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν αντίστοιχα 1,02 ± 0,53, με εύρος 0,000-3,111 και 0,90 ± 0,52, με εύρος 0,000-3,000, με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test (P=0,006). Στη σύγκριση,

όμως, της κατανομής με το  $\chi^2$  του Pearson, μετά τη σύμπτυξη σε τρεις κλάσεις, δεν παράτηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $P=0,198$ ) μεταξύ των δύο ομάδων.

### 3.4 Ερωτηματολόγιο ψυχοπαθολογίας SCL- 90

Η μέση τιμή της *σωματοποίησης* για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, όπως βλέπουμε στον πίνακα 5, ήταν  $10,57 \pm 8,40$ , με εύρος 0-42, και η μέση τιμή της σωματοποίησης στην ομάδα των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $7,91 \pm 7,01$ , με εύρος 0-43, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,000$ ).

Η μέση τιμή της *ψυχαναγκαστικότητας* για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $11,61 \pm 7,07$ , με εύρος 0-37, και  $9,44 \pm 6,51$ , με εύρος 0-32, στην ομάδα των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,000$ ).

Η μέση τιμή της *διαπροσωπικής ευαισθησίας* για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $9,26 \pm 5,95$ , με εύρος 0-28, και η μέση τιμή της διαπροσωπικής ευαισθησίας της ομάδας των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $7,54 \pm 5,83$ , με εύρος 0-29, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,000$ ).

Η μέση τιμή της *κατάθλιψης* για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $12,67 \pm 9,07$ , με εύρος 1-42, και η μέση τιμή της κατάθλιψης της ομάδας των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $10,14 \pm 8,40$ , με εύρος 0-43, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,000$ ).

Η μέση τιμή του *άγχους* για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $8,20 \pm 7,14$ , με εύρος 0-34, και η μέση τιμή του άγχους της ομάδας των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $6,12 \pm 6,93$ , με εύρος 0-37, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,000$ ).

Η μέση τιμή της *επιθετικότητας* για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $5,58 \pm 4,73$ ,

με εύρος 0-21, και η μέση τιμή της επιθετικότητας της ομάδας των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $4,82 \pm 4,27$ , με εύρος 0-23, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,041$ ).

Η μέση τιμή του *φοβικού άγχους* για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $3,16 \pm 3,96$ , με εύρος 0-21, και η μέση τιμή του φοβικού άγχους της ομάδας των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $2,25 \pm 3,32$ , με εύρος 0-18, με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,003$ ).

Η μέση τιμή του *πάρανοειδούς ιδεασμού* για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $7,35 \pm 4,79$ , με εύρος 0-22, και η μέση τιμή του πάρανοειδούς ιδεασμού της ομάδας των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $5,77 \pm 4,34$ , με εύρος 0-22, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,000$ ).

Η μέση τιμή του *ψυχωτισμού* για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $6,61 \pm 5,43$ , με εύρος 0-29, και η μέση τιμή του στην ομάδα των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $5,45 \pm 4,88$ , με εύρος 0-29, με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,006$ ).

Η μέση τιμή του *ΓΔΣ (Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων)* για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $0,90 \pm 0,60$ , με εύρος 0,556-2,667, και η μέση τιμή του ΓΔΣ της ομάδας των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $0,72 \pm 0,51$ , με εύρος 0,000-2,978, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,000$ ).

Η μέση τιμή του *ΔΕΘΣ (Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων)* για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $1,74 \pm 0,46$ , με εύρος 1,000-3,258, και η μέση τιμή του ΔΕΘΣ της ομάδας των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $1,61 \pm 0,43$ , με εύρος 1,000-3,153, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,000$ ).

**Πίνακας 5** Σύγκριση μεταξύ των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν ως προς τις υποκλίμακες του SCL-90.

	Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας			
	Θετική απάντηση N(%)	Αρνητική απάντηση N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά
Σύνολο	300 (50,4,0)	295 (49,6)	595 (100,0)	
<b>SCL_90 - Σωματοποίηση</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-42	0-43	0-43	
Μέση τιμή (x ± SD)	10,57 ± 8,40	7,91 ± 7,01	9,25 ± 7,85	t = 4,206 P = 0,000
<b>SCL_90 - Ψυχαναγκαστικότητα</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-37	0-32	0-37	
Μέση τιμή (x ± SD)	11,61 ± 7,07	9,44 ± 6,51	10,53 ± 6,88	t = 3,894 P = 0,000
<b>SCL_90 - Διαπροσωπική ευαισθησία</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-28	0-29	0-29	
Μέση τιμή (x ± SD)	9,26 ± 5,95	7,54 ± 5,83	8,41 ± 5,95	t = 3,570 P = 0,000
<b>SCL_90 - Κατάθλιψη</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-42	0-43	0-43	
Μέση τιμή (x ± SD)	12,67 ± 9,07	10,14 ± 8,40	11,41 ± 8,83	t = 3,530 P = 0,000
<b>SCL_90 - Άγχος</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-34	0-37	0-37	
Μέση τιμή (x ± SD)	8,20 ± 7,14	6,12 ± 6,93	7,17 ± 6,82	t = 3,758 P = 0,000
<b>SCL_90 - Επιθετικότητα</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-21	0-23	0-23	
Μέση τιμή (x ± SD)	5,58 ± 4,73	4,82 ± 4,27	5,20 ± 4,52	t = 2,046 P = 0,041
<b>SCL_90 - Φοβικό Άγχος</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-21	0-18	0-21	
Μέση τιμή (x ± SD)	3,16 ± 3,96	2,25 ± 3,32	2,71 ± 3,68	t = 3,024 P = 0,003
<b>SCL_90 - Πάρανοειδή Ιδεασμό</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-22	0-22	0-22	
Μέση τιμή (x ± SD)	7,35 ± 4,79	5,77 ± 4,34	6,57 ± 4,64	t = 4,234 P = 0,000
<b>SCL_90 - Ψυχωτισμός</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-29	0-29	0-29	
Μέση τιμή (x ± SD)	6,61 ± 5,43	5,45 ± 4,88	6,04 ± 5,19	t = 2,732

**SCL\_90 - GDS**

Ελαχίστη - μεγίστη	0,56-2,68	0,00-2,98	0,00- 2,98	
Μέση τιμή (x ± SD)	0,90 ± 0,60	0,72 ± 0,51	0,81 ± 0,54	t = 4,108 P = 0,000

**SCL\_90 - DETHS**

Ελαχίστη - μεγίστη	1,00-3,26	1,00-3,15	1,00- 3,26	
Μέση τιμή (x ± SD)	1,74 ± 0,46	1,61 ± 0,43	1,68 ± 0,45	t = 3,498 P = 0,001

**SCL\_90 - STHS**

Ελαχίστη - μεγίστη	3-86	0-88	0-88	
Μέση τιμή (x ± SD)	43,91 ± 19,60	37,81 ± 19,92	40,89 ± 19,98	t = 3,769 P = 0,000

=====

X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), t=T -Test

=====

Η μέση τιμή του ΣΘΣ (Σύνολο Θετικών συμπτωμάτων) για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $43,91 \pm 19,60$ , με εύρος 3,0-86,0, και η μέση τιμή του ΣΘΣ της ομάδας των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $37,81 \pm 19,92$ , με εύρος 0,0-88,0, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test (P=0,000).

Στον πίνακα 5, μπορούμε να παράτηρήσουμε πιο αναλυτικά τις μέσες τιμές και τις συγκρίσεις των πάραπάνω υποκλιμάκων του SCL-90.

### 3.5 Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ)

Όπως μπορούμε να δούμε στον πίνακα 6, η μέση τιμή της *επίκρισης των άλλων* (criticism of others) για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $5,56 \pm 2,78$ , με εύρος 1-10, και η μέση τιμή της επίκρισης της ομάδας των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $5,54 \pm 2,45$ , με εύρος 0-11, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test (P=0,941).

Η μέση τιμή της *παρορμητικής εχθρότητας* (acting-out hostility) των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $4,25 \pm 2,00$ , με εύρος 0-12, ενώ η μέση τιμή της παρορμητικής εχθρότητας των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της

παιδικής ηλικίας τους ήταν  $4,22 \pm 2,06$ , με εύρος 1-12, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,891$ ).

Η μέση τιμή της *πάρανοειδούς εχθρότητας* (paranoid hostility) των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους κυμάνθηκε στο  $2,19 \pm 1,92$ , με εύρος 0-8, ενώ για αυτούς που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $1,77 \pm 1,79$ , με εύρος 0-8, με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,006$ ).

**Πίνακας 6** Σύγκριση μεταξύ των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν ως προς τις υποκλίμακες της εχθρότητας του HDHQ.

	Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας			Διαφορά
	Θετική απάντηση N(%)	Αρνητική απάντηση N(%)	Σύνολο N(%)	
Σύνολο	300 (50,4)	295 (49,6)	595 (100,0)	
<b>Επίκριση των άλλων (Criticism of others)</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	1-10	0-11	0-11	
Μέση τιμή (x ± SD)	5,56 ± 2,78	5,54 ± 2,45	5,65 ± 2,36	t=0,074 P=0,941
<b>Παρορμητική εχθρότητα (Acting-out hostility)</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-12	1-12	0-12	
Μέση τιμή (x ± SD)	4,25 ± 2,00	4,22 ± 2,06	4,24 ± 2,03	t=0,138 P=0,891
<b>Πάρανοειδής εχθρότητα (Paranoid hostility)</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-8	0-8	0-8	
Μέση τιμή (x ± SD)	2,19 ± 1,92	1,77 ± 1,79	1,98 ± 1,86	t=2,766 P=0,006
<b>Αυτοεπίκριση (Self-criticism)</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-10	0-10	0-10	
Μέση τιμή (x ± SD)	4,20 ± 2,18	3,74 ± 2,22	3,97 ± 2,21	t=2,559 P=0,011
<b>Ενοχή (Guilt)</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-7	0-7	0-7	
Μέση τιμή (x ± SD)	2,21 ± 1,67	1,92 ± 1,52	2,07 ± 1,560	t=2,276 P=0,023

X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), t= T-Test.

Η μέση τιμή της *αυτοεπίκρισης* (self-criticism) για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $4,20 \pm 2,18$ , με εύρος 0-10, ενώ η μέση τιμή της αυτοεπίκρισης για την ομάδα των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της



παιδικής ηλικίας τους ήταν  $3,74 \pm 2,22$ , με εύρος 0-10, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,011$ ).

Στον πίνακα 6, μπορούμε να πάρουμε πιο αναλυτικά τις μέσες τιμές και τις συγκρίσεις των πάραπάνω υποκλιμάκων της εχθρότητας καθώς και αυτή της ενοχής (Guilt), της οποίας η μέση τιμή για τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $2,21 \pm 1,67$ , με εύρος 0-7, ενώ η μέση τιμή για την ομάδα των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $1,92 \pm 1,52$ , με εύρος 0-7, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,023$ ).

**Πίνακας 7** Κατανομή, σύγκριση και συσχέτιση της εξωστρεφούς και ενδοστρεφούς εχθρότητας του HDHQ, των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν.

	Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας			Διαφορά
	Θετική απάντηση N(%)	Αρνητική απάντηση N(%)	Σύνολο N(%)	
Σύνολο	300 (50,4)	295 (49,6)	595 (100,0)	
<b>Εξωστρεφής εχθρότητα (Extrapunitiveness)</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	2-24	2-26	2-26	
0-4	15 (5,0)	17 (5,8)	32 (5,4)	Fisher's Exact Test=7,951 P= 0,154
5-9	85 (28,3)	97 (32,9)	182 (30,6)	
10-14	112 (37,3)	105 (35,6)	217 (36,5)	
15-19	68 (22,7)	53 (18,0)	121 (20,3)	
20-24	20 (6,7)	18 (6,1)	38 (6,4)	
25-29	0 (0,0)	5 (1,7)	5 (0,8)	
Μέση τιμή (x ± SD)	12,00 ± 4,71	11,54 ± 5,16	11,77 ± 4,94	t=1,130 P=0,259
<b>Ενδοστρεφής εχθρότητα (Intropunitiveness)</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-16	0-17	0-17	
0-4	95 (31,7)	130 (44,1)	225 (37,8)	Fisher's Exact Test=12,456 P=0,005
5-9	147(49,0)	123 (41,7)	270 (45,4)	
10-14	55 (18,3)	36 (12,2)	91 (15,3)	
15-19	3 (1,0)	6 (2,0)	9 (1,5)	
Μέση τιμή (x ± SD)	6,41 ± 3,44	5,65 ± 3,44	6,04 ± 3,46	t=2,691 P=0,007

X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), t= T-Test.

Όσον αφορά στην *εξωστρεφή εχθρότητα* (extrapunitiveness), (την άθροιση, δηλαδή, της βαθμολογίας των υποκλιμάκων: επίκριση των άλλων - παρορμητική εχθρότητα - πάρανοειδής εχθρότητα) μπορούσε να πάρουμε στον πίνακα 7, ότι η μέση τιμή της για τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $12,00 \pm 4,71$ , με εύρος 2-24, ενώ η μέση τιμή της εξωστρεφούς εχθρότητας για την ομάδα των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα

στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $11,54 \pm 5,16$ , με εύρος 2-26, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,259$ ). Επίσης, η σύγκριση των κατανομών με το Fisher Exact Test ( $P= 0,154$ ) δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων.

Για την *ενδοστρεφή εχθρότητα* (Intropunitiveness), (την άθροιση της βαθμολογίας των υποκλιμάκων αυτοεπίκρισης και ενοχής) παρατηρούμε στον πίνακα 7 πως η μέση τιμή της ενδοστρεφούς εχθρότητας για τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $6,41 \pm 3,44$ , με εύρος 0-16, ενώ η μέση τιμή της ενδοστρεφούς εχθρότητας για την ομάδα των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $5,65 \pm 3,44$ , με εύρος 0-17, με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,007$ ). Επίσης, η σύγκριση των κατανομών με το Fisher Exact Test ( $P= 0,005$ ) ανέδειξε στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων.

**Πίνακας 8** Κατανομή, σύγκριση και συσχέτιση της ολικής εχθρότητας του HDHQ, των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους.

	Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας			Διαφορά
	Θετική απάντηση N(%)	Αρνητική απάντηση N(%)	Σύνολο N(%)	
Σύνολο	300 (50,4)	295 (49,6)	595 (100,0)	
<b>Ολική εχθρότητα (Total hostility)</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	2-38	3-39	2-39	
0-4	3 (1,0)	7 (2,4)	10 (1,7)	
5-9	28 (9,3)	35 (11,9)	63 (10,6)	
10-14	59 (19,7)	78 (26,4)	137 (23,0)	
15-19	83 (27,7)	77 (26,1)	160 (26,9)	L.R.=10,474
20-24	63 (21,0)	42 (14,2)	105 (17,6)	P=0,163
25-29	43 (14,3)	35 (11,9)	78 (13,1)	
30-34	17 (5,7)	18 (6,1)	35 (5,9)	
35-39	4 (1,3)	3 (1,0)	7 (1,2)	
Μέση τιμή ( $x \pm SD$ )	18,41 $\pm$ 7,04	17,42 $\pm$ 7,39	18,81 $\pm$ 7,23	t=2,057 P=0,040

X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation),  $\chi^2_p = \chi^2$  του Pearson, t= T-Test, L.R.= δείκτης Likelihood Ratio.

Στην *ολική εχθρότητα* (total hostility) των δύο ομάδων, όπως φαίνεται στον πίνακα 8, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν αντίστοιχα  $18,41 \pm 7,04$ , με εύρος 2-38 και  $17,42 \pm 7,39$ , με εύρος 3-39, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test

( $P=0,040$ ). Η σύγκριση, όμως, των κατανομών με το δείκτη Likelihood Ratio (L.R.) ( $P= 0,163$ ) δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων.

### **3.6 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III; McNeil & Rainwater, 1998)**

Στον πίνακα 9, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα του φόβου του πόνου, όπως αυτή μετράται από το ερωτηματολόγιο των McNeil & Rainwater (1998)-(FPQ-III).

Στην υποκλίμακα *minor pain* του FPQ-III των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν αντίστοιχα  $17,25 \pm 6,45$ , με εύρος 10-43 και  $16,76 \pm 6,29$ , με εύρος 10-39, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,351$ ). Στη σύγκριση, όμως, της κατανομής με το  $\chi^2$  του Pearson, μετά τη σύμπτυξη σε τρεις κλάσεις, παρατηρήθηκε στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά ( $P= 0,006$ ) μεταξύ των δύο ομάδων.

Στην υποκλίμακα *severe pain* του FPQ-III των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν αντίστοιχα  $30,06 \pm 9,08$ , με εύρος 10-50 και  $27,72 \pm 9,94$ , με εύρος 10-50, με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,003$ ). Στη σύγκριση, όμως, της κατανομής με το  $\chi^2$  του Pearson, μετά τη σύμπτυξη σε τρεις κλάσεις, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $P= 0,013$ ) μεταξύ των δύο ομάδων.

Στην υποκλίμακα *medical pain* του FPQ-III των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν αντίστοιχα  $22,48 \pm 7,89$ , με εύρος 10-45 και  $21,22 \pm 7,82$ , με εύρος 10-47, με στατιστικά ενδεικτικής σημαντικότητας διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,052$ ). Στη σύγκριση, όμως, της κατανομής με το  $\chi^2$  του Pearson, μετά τη σύμπτυξη σε τρεις κλάσεις, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $P= 0,217$ ) μεταξύ των δύο ομάδων.

**Πίνακας 9**

Σύγκριση μεταξύ των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν ως προς τις υποκλίμακες του FPQ-III.

	Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας			Διαφορά
	Θετική απάντηση N(%)	Αρνητική απάντηση N(%)	Σύνολο N(%)	
Σύνολο	299 (50,4)	294 (49,6)	593 (100,0)	
<b>Minor Pain</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	10-43	10-39	10-43	
>=10<10,64	35 (11,7)	58 (19,7)	93 (15,7)	
>=10,64-<=23,38	223 (74,6)	185 (62,9)	408 (68,8)	$\chi^2_p=10,273$
>23,38-<=43	41 (13,7)	51 (17,4)	92(15,5)	P=0,006
Μέση τιμή (x ± SD)	17,25 ± 6,45	16,76 ± 6,29	17,01 ± 6,37	t = 0,934 P = 0,351
<b>Severe Pain</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	10-50	10-50	10-50	
>=10-<19,32	45 (15,1)	72 (24,5)	117 (19,7)	
>=19,32-<=38,48	198 (66,2)	178 (60,5)	376 (63,4)	$\chi^2_p=8,693$
>38,48-<=50	56 (18,7)	44 (15,0)	100 (16,9)	P=0,013
Μέση τιμή (x ± SD)	30,06 ± 9,08	27,72 ± 9,94	28,90 ± 9,58	t = 2,992 P = 0,003
<b>Medical Pain</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	10-45	10-47	10-47	
>=10-<13,99	41 (13,7)	52 (17,7)	93 (15,7)	
>=13,99-<=29,73	204 (68,2)	201 (68,4)	405 (68,3)	$\chi^2_p=3,060$
>29,73-<=47	54 (18,1)	41 (13,9)	95 (16,0)	P=0,217
Μέση τιμή (x ± SD)	22,48 ± 7,89	21,22 ± 7,82	21,86 ± 7,87	t = 1,949 P = 0,052
<b>Total FPQ-III</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	30-129	30-132	30-132	
>=30-<47,32	38 (12,7)	60 (20,4)	98 (16,5)	
>=47,32-<=88,22	213 (71,2)	191 (65,0)	404 (68,2)	$\chi^2_p=6,370$
>88,22-<=132	48 (16,1)	43 (14,6)	91 (15,3)	P=0,041
Μέση τιμή (x ± SD)	69,79 ± 19,91	65,71 ± 20,81	67,77 ± 20,45	t = 2,443 P = 0,015

X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation),  $\chi^2_p= \chi^2$  του Pearson, t=T-Test.

Στην συνολική τιμή (Total FPQ-III) των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν αντίστοιχα  $69,79 \pm 19,91$ , με εύρος 30-129 και  $65,71 \pm 20,81$ , με εύρος 30-132, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,015$ ). Στη σύγκριση, επίσης, της κατανομής με το  $\chi^2$  του Pearson, μετά τη σύμπτυξη σε τρεις

κλάσεις, παράτηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $P= 0,041$ ) μεταξύ των δύο ομάδων.

### **3.7 Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος**

#### **3.7.1 Οικογενειακές Σχέσεις (Relationship Dimensions)**

Στον πίνακα 10, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα από τις 3 υποκλίμακες που αφορούν στις οικογενειακές σχέσεις, δηλαδή τη συνοχή, την εκφραστικότητα και τη σύγκρουση που βιώνουν τα μέλη της οικογένειας ανάμεσά τους, τόσο για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους όσο και για την ομάδα των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους.

#### **Συνοχή (Cohesion)**

Η συνοχή που αισθάνονται τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους στην οικογένειά τους βρέθηκε από 0 μέχρι 9 βαθμούς της Κλίμακας του Moos και κατά μέσο όρο  $6,71 \pm 2,05$ , ενώ η συνοχή που αισθάνονται τα άτομα που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους κυμάνθηκε στο ίδιο εύρος περίπου (0-9) με μέσο όρο  $6,92 \pm 1,95$ , χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,217$ ).

#### **Εκφραστικότητα (Expressiveness)**

Η δυνατότητα που έχουν τα άτομα, που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, να εκφράζουν τα συναισθήματά τους στην οικογένειά τους βρέθηκε από 1 μέχρι 9 βαθμούς της Κλίμακας του Moos και κατά μέσο όρο  $5,87 \pm 1,58$ , ενώ για τα άτομα που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους κυμάνθηκε σε υψηλότερο εύρος (0-9) με μέσο όρο  $5,78 \pm 1,66$ , χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,532$ ).

#### **Σύγκρουση (Conflict)**

Η σύγκρουση που αισθάνονται να βιώνουν στην οικογένειά τους τα άτομα, που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, βρέθηκε από 0 μέχρι 9 βαθμούς της Κλίμακας του Moos και κατά μέσο όρο  $2,70 \pm 2,08$ , ενώ η σύγκρουση που αισθάνονται τα άτομα που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους βρέθηκε από 0 μέχρι 9 βαθμούς της Κλίμακας του Moos και κατά μέσο όρο  $2,30 \pm 2,01$ , με στατιστικά

σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test (P=0,018).

**Πίνακας 10.**

Κατανομή, σύγκριση και συσχέτιση των οικογενειακών σχέσεων (συνοχή οικογένειας, εκφραστικότητα και σύγκρουση της οικογένειας) μεταξύ των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν

	Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας			
	Θετική απάντηση N(%)	Αρνητική απάντηση N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά
Σύνολο	299 (50,3)	295 (49,7)	594 (100,0)	
<b>Συνοχή (Cohesion)</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-9	0-9	0-9	
Μέση τιμή (x ± SD)	6,71 ± 2,05	6,92 ± 1,95	6,81 ± 2,00	t = -1,236 P = 0,217
<b>Εκφραστικότητα (Expressiveness)</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	1-9	0-9	0-9	
Μέση τιμή (x ± SD)	5,87 ± 1,58	5,78 ± 1,66	5,82 ± 1,62	t = 0,625 P = 0,532
<b>Σύγκρουση (Conflict)</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-9	0-9	0-9	
Μέση τιμή (x ± SD)	2,70 ± 2,08	2,30 ± 2,01	2,50 ± 2,05	t = 2,365 P = 0,018

X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), t=T-Test.

**3.7.2. Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)**

Στον πίνακα 11, μπορούμε να πάρατηρήσουμε τα αποτελέσματα της προσωπικής ανάπτυξης και ωρίμανσης, όπως αυτά παρουσιάζονται στις 5 επιμέρους υποκλίμακες.

**Ανεξαρτησία (Independence)**

Η ανεξαρτησία που αισθάνονται τα άτομα, που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, στην οικογένειά τους βρέθηκε από 1 μέχρι 9 βαθμούς της Κλίμακας του Moos και κατά μέσο όρο  $5,99 \pm 1,55$ , ενώ η ανεξαρτησία που αισθάνονται τα άτομα που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους βρέθηκε από 1 μέχρι 9 βαθμούς της Κλίμακας του Moos και μέσο όρο  $6,14 \pm 1,54$ , χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test (P=0,242).

**Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)**

Ο προσανατολισμός για επιτεύγματα που αισθάνονται να υπάρχει στην οικογένειά τους τα άτομα, που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, βρέθηκε από 1 μέχρι 9 βαθμούς της Κλίμακας του Moos και κατά

μέσο όρο  $6,02 \pm 1,50$ , ενώ ο προσανατολισμός για επιτεύγματα που αισθάνονται να υπάρχει στην οικογένειά τους τα άτομα που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους βρέθηκε από 2 μέχρι 9 βαθμούς της Κλίμακας του Moos και μέσο όρο  $5,95 \pm 1,65$ , χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,566$ ).

### **Προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (Intellectual - Cultural Orientation)**

Ο προσανατολισμός, λοιπόν, για πολιτισμό και διανόηση που αισθάνονται να υπάρχει στην οικογένειά τους τα άτομα, που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, βρέθηκε από 0 μέχρι 9 βαθμούς της Κλίμακας του Moos, και κατά μέσο όρο  $5,35 \pm 2,18$ , ενώ ο προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση για τα άτομα που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους κυμάνθηκε σε μεγαλύτερο εύρος (0-9), με μέσο όρο  $5,20 \pm 2,19$ , χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,390$ ).

### **Προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)**

Ο προσανατολισμός για ψυχαγωγία που αισθάνονται να υπάρχει τα άτομα, που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, στην οικογένειά τους βρέθηκε από 0 μέχρι 9 βαθμούς της Κλίμακας του Moos, και κατά μέσο όρο  $4,91 \pm 2,38$ , ενώ ο προσανατολισμός για ψυχαγωγία που αισθάνονται να υπάρχει στην οικογένειά τους τα άτομα που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους βρέθηκε από 0 μέχρι 9 βαθμούς της Κλίμακας του Moos, και μέσο όρο  $4,78 \pm 2,20$ , χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,468$ ).

### **Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)**

Στην τελευταία υποκλίμακα της προσωπικής ανάπτυξης και ωρίμανσης παρατηρούμε ότι η ηθική και θρησκευτική έμφαση που αισθάνονται να δίνεται στην οικογένειά τους τα άτομα, που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, βρέθηκε από 0 μέχρι 9 βαθμούς της Κλίμακας του Moos, και κατά μέσο όρο  $4,25 \pm 2,14$ , ενώ για τα άτομα που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους το εύρος κυμάνθηκε στις ίδιες τιμές και ο μέσος όρος ήταν  $4,07 \pm 2,12$ , χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,305$ ).

=====

**Πίνακας 11.** Κατανομή, σύγκριση και συσχέτιση της οικογενειακής ανάπτυξης και ωρίμανσης (ανεξαρτησία, προσανατολισμός για επιτεύγματα, προσανατολισμός για πολιτισμό και διανοήση, προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία, ηθική και θρησκευτική έμφαση) μεταξύ των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν

	Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας			
	Θετική απάντηση N(%)	Αρνητική απάντηση N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά
Σύνολο	299 (50,3)	295 (49,7)	594 (100,0)	
<b>Ανεξαρτησία (Independence)</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	1-9	1-9	1-9	
Μέση τιμή (x ± SD)	5,99 ± 1,55	6,14 ± 1,54	6,07 ± 1,55	t = -1,172 P = 0,242
<b>Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	1-9	2-9	1-9	
Μέση τιμή (x ± SD)	6,02 ± 1,50	5,95 ± 1,65	5,99 ± 1,57	t = 0,574 P = 0,566
<b>Προσανατολισμός για πολιτισμό και διανοήση (Intellectual - Cultural Orientation)</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-9	0-9	0-9	
Μέση τιμή (x ± SD)	5,35 ± 2,18	5,20 ± 2,19	5,27 ± 2,19	t = 0,861 P = 0,390
<b>Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγία (Active-Recreational Orientation)</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-9	0-9	0-9	
Μέση τιμή (x ± SD)	4,91 ± 2,38	4,78 ± 2,20	4,85 ± 2,30	t = 0,725 P = 0,468
<b>Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)</b>				
Ελαχίστη - μεγίστη	0-9	0-9	0-9	
Μέση τιμή (x ± SD)	4,25 ± 2,14	4,07 ± 2,12	4,16 ± 2,13	t = 1,027 P = 0,305

X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), t=T-Test.

=====

### 3.7.3. Διατήρηση του οικογενειακού συστήματος (System Maintenance Dimensions)

Στον πίνακα 12, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για τη διατήρηση του οικογενειακού συστήματος. Η διατήρηση του συστήματος παράτηρείται στις δύο τελευταίες υποκλίμακες της Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος του Moos, την οργάνωση και τον έλεγχο.

#### Οργάνωση (Organization)



Η οργάνωση που αισθάνονται στην οικογένειά τους τα άτομα, που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, βρέθηκε από 0 μέχρι 9 βαθμούς της Κλίμακας του Moos και κατά μέσο όρο  $5,59 \pm 1,84$ , ενώ η οργάνωση που αισθάνονται τα άτομα που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους κυμάνθηκε από 1 μέχρι 9 βαθμούς της Κλίμακας του Moos, και μέσο όρο  $5,64 \pm 1,74$ , χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,741$ ).

### Έλεγχος (Control)

Ο έλεγχος που αισθάνονται στην οικογένειά τους τα άτομα, που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, βρέθηκε από 0 μέχρι 8 βαθμούς της Κλίμακας του Moos και κατά μέσο όρο  $4,34 \pm 1,76$ , ενώ για τα άτομα που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους βρέθηκε από 0 μέχρι 9 βαθμούς της Κλίμακας του Moos και κατά μέσο όρο  $4,56 \pm 1,72$ , χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,133$ ).

=====  
**Πίνακας 12.** Κατανομή, σύγκριση και συσχέτιση μεταξύ των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν, ως προς τη διατήρηση του συστήματος (οργάνωση και έλεγχος).  
 -----

	Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας			Διαφορά
	Θετική απάντηση N(%)	Αρνητική απάντηση N(%)	Σύνολο N(%)	
Σύνολο	299 (50,3)	295 (49,7)	594 (100,0)	

### Οργάνωση (Organization)

	0-9	1-9	0-9	
Ελαχίστη - μέγιστη	0-9	1-9	0-9	
Μέση τιμή ( $x \pm SD$ )	$5,59 \pm 1,84$	$5,64 \pm 1,74$	$5,62 \pm 1,79$	$t = -0,331$ $P = 0,741$

### Έλεγχος (Control)

	0-8	0-9	0-9	
Ελαχίστη - μέγιστη	0-8	0-9	0-9	
Μέση τιμή ( $x \pm SD$ )	$4,34 \pm 1,76$	$4,56 \pm 1,72$	$4,45 \pm 1,74$	$t = -1,503$ $P = 0,133$

-----  
 X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), t=T-Test.  
 =====

### 3.7.4. Συνολική βαθμολογία της Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Incongruence Score)

Τέλος, στη συνολική βαθμολογία της οικογένειας, όπως αυτή παρουσιάζεται στον πίνακα 13, μπορούμε να πάρτηρήσουμε ότι, ο μέσος όρος της συνολικής βαθμολογίας της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος για τα άτομα, που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν  $51,75 \pm$

8,54, με εύρος 31-73, ενώ για τα άτομα, που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, το εύρος κυμάνθηκε από 22-70 με μέσο όρο  $51,34 \pm 8,26$ , χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,552$ ).

=====  
**Πίνακας 13.** Κατανομή, σύγκριση και συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας της οικογένειας μεταξύ των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν.

	Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας			Διαφορά
	Θετική απάντηση N(%)	Αρνητική απάντηση N(%)	Σύνολο N(%)	
Σύνολο	299 (50,3)	295 (49,7)	594 (100,0)	

**Σκορ οικογένειας (Family Incongruence Score)**

Ελαχίστη - μεγίστη	31-73	22-70	22-73	
Μέση τιμή ( $x \pm SD$ )	$51,75 \pm 8,54$	$51,34 \pm 8,26$	$51,55 \pm 8,39$	$t = 0,223$ $P = 0,552$

X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), t=T-Test.

**3.8 Η κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας - Narcissistic Personality Inventory (NPI)**

Στον πίνακα 14, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της κλίμακας ναρκισσιστικής προσωπικότητας, όπως αυτή μετράται από το ερωτηματολόγιο των Raskin & Hall (1979)-(NPI).

=====  
**Πίνακας 14.** Κατανομή και σύγκριση μεταξύ των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν ως προς την κλίμακα ναρκισσιστικής προσωπικότητας (NPI).

	Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας			Διαφορά
	Θετική απάντηση N(%)	Αρνητική απάντηση N(%)	Σύνολο N(%)	
Σύνολο	299 (50,3)	295 (49,7)	594 (100,0)	

**NPI**

Ελαχίστη - μεγίστη	0-27	0-27	0-27	
$\geq 0 - < = 10$	220 (73,6)	202 (68,5)	422 (71,0)	Fisher's Exact Test =3,431 P=0,175
$\geq 11 - < = 20$	76 (25,4)	85 (28,8)	161 (27,1)	
$\geq 21 - < = 30$	3 (1,0)	8 (2,7)	11 (1,9)	
$\geq 0 - < 10$	197 (65,9)	181 (61,4)	378 (63,6)	$\chi^2_p=1,317$ P=0,251
$\geq 10 - < = 30$	102 (34,1)	114 (38,6)	216 (36,4)	
Μέση τιμή ( $x \pm SD$ )	$8,21 \pm 4,78$	$8,74 \pm 5,24$	$8,00 \pm 5,00$	$t = -1,285$ P = 0,199

X= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), t=T-Test.

Στην κλίμακα ναρκισσιστικής προσωπικότητας του NPI των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν αντίστοιχα  $8,21 \pm 4,78$ , με εύρος 0-27 και  $8,74 \pm 5,24$ , με εύρος 0-27, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,199$ ). Αλλά και στη σύγκριση της κατανομής με το Fisher Exact Test μετά τη σύμπτυξη της κατανομής σε τρεις κλάσεις, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $P= 0,175$ ) μεταξύ των δύο ομάδων. Επίσης, η σύγκριση των κατανομών μετά τη σύμπτυξη της κατανομής σε δύο κλάσεις με το  $\chi^2$  του Pearson, δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $P= 0,251$ ) μεταξύ των δύο ομάδων.

### 3.9 Φόβος για μελλοντικό σωματικό πόνο και ασθένεια

Στον πίνακα 15, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της κλειστής ερώτησης ως προς το φόβο μήπως πονέσουν και μήπως αρρωστήσουν, όπως αυτή υποκειμενικά την αντιλαμβάνονται τα άτομα και των δύο ομάδων.

<b>Πίνακας 15</b> Κατανομή 300 ατόμων που ανέφεραν στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας και 295 ατόμων που δεν ανέφεραν, κατά φόβο του πόνου και φόβου μελλοντικής ασθένειας.				
	Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας Θετική απάντηση N(%)	Αρνητική απάντηση N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά
Σύνολο	300 (50,4)	295 (49,6)	595 (100,0)	
<b>Φοβάστε μήπως πονέσετε σωματικά;</b>				
Ναι	142 (47,3)	99 (33,6)	241(40,5)	$\chi^2_p=11,710$ $P=0,001$
Όχι	158 (52,7)	196 (66,4)	354 (59,5)	
<b>Φοβάστε μήπως αρρωστήσετε;</b>				
Ναι	140 (46,7)	118 (40,0)	258 (43,4)	$\chi^2_p=2,692$ $P= 0,101$
Όχι	160 (53,3)	177 (60,0)	337 (56,6)	

x= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation),  $\chi^2_p= \chi^2$  του Pearson, t=T -Test

Στην ερώτηση για το φόβο τους μήπως και πονέσουν σωματικά, τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους απάντησαν θετικά σε ποσοστό 47,3% ενώ για τα άτομα που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 33,6%, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το  $\chi^2$  του Pearson ( $P=0,001$ ).

Όσο για την ερώτηση για το φόβο τους μήπως και αρρωστήσουν, τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους απάντησαν θετικά σε ποσοστό 46,7% ενώ για τα άτομα που δεν ανέφεραν βίωμα

στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 40,0%, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το  $\chi^2$  του Pearson ( $P=0,101$ ).

### **3.10 Συσχετίσεις ανά δύο μεταξύ των μεταβλητών**

Κατά πρώτον έγινε έλεγχος για την ύπαρξη συσχετίσεων των δημογραφικών δεδομένων με τα ερωτηματολόγια στο σύνολο του δείγματος και σε κάθε ομάδα χωριστά, καθώς και κάθε ποσοτικής μεταβλητής με τα ερωτηματολόγια, τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για τις δύο ομάδες ξεχωριστά, δηλαδή την ομάδα των ατόμων που βίωσαν ένα στρεσογόνο γεγονός στην παιδική ηλικία και την ομάδα των ατόμων που δεν βίωσαν (πίνακες 16 έως και 19).

#### **Συσχέτιση με το συντελεστή $r$ του Pearson, στο σύνολο του δείγματος**

##### ***Συσχετίσεις των δημογραφικών δεδομένων με τα ερωτηματολόγια***

##### **Συσχετίσεις της ηλικίας**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της *ηλικίας* και των άλλων μεταβλητών, στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ( $P < 0,001$ ) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της ηλικίας και των: οικογενειακή κατάσταση ( $r = 0,702$  και  $P = 0,000$ ), ύπαρξη παιδιών ( $r = -0,724$  και  $P = 0,000$ ), εκπαιδευτικό επίπεδο ( $r = -0,526$  και  $P = 0,000$ ), επάγγελμα ( $r = -0,457$  και  $P = 0,000$ ), σωματοποίηση ( $r = 0,171$  και  $P = 0,000$ ), αυτοεπίκριση ( $r = -0,156$  και  $P = 0,000$ ), φόβο για ιατρογενή πόνο ( $r = -0,140$  και  $P = 0,001$ ).

Πολύ σημαντική στατιστικά συσχέτιση προέκυψε ( $P < 0,01$ ) μεταξύ της ηλικίας και των: γνωστικό άγχος του PASS-20 ( $r = -0,109$  και  $P = 0,008$ ), ψυχωτισμός ( $r = -0,119$  και  $P = 0,004$ ), ενδοστρεφής εχθρότητα ( $r = -0,109$  και  $P = 0,009$ ), συνολικός βαθμός του NPI ( $r = -0,116$  και  $P = 0,005$ ).

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ( $P < 0,05$ ) παρατηρήθηκε μεταξύ της ηλικίας και των: φόβο για την αρρώστια ( $r = -0,103$  και  $P = 0,012$ ), διαπροσωπική ευαισθησία ( $r = -0,082$  και  $P = 0,047$ ), παρορμητική εχθρότητα ( $r = -0,085$  και  $P = 0,039$ ), φόβο για δριμύ πόνο ( $r = -0,090$  και  $P = 0,028$ ), συνολικός βαθμός του FPQ-III ( $r = -0,090$  και  $P = 0,028$ ), πνευματικός προσανατολισμός του οικογενειακού συστήματος ( $r = 0,082$  και  $P = 0,046$ ), έλεγχος της οικογένειας ( $r = 0,083$  και  $P = 0,042$ ). Τέλος, προέκυψε στατιστικά ενδεικτικά σημαντική ( $P < 0,10$ ) μεταξύ της ηλικίας και των φοβικών σκέψεων του PASS-20 ( $r = 0,073$  και  $P = 0,077$ ).

## Συσχετίσεις του φύλου

Από τη διερεύνηση της ύπαρξης συσχετίσεων ανάμεσα στο *φύλο* και των άλλων μεταβλητών, προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ( $P < 0,001$ ) συσχέτιση μεταξύ του φύλου και των: αποφυγή του PASS-20 ( $r = 0,194$  και  $P = 0,000$ ), φοβικών σκέψεων του PASS-20 ( $r = 0,146$  και  $P = 0,000$ ), γνωστικό άγχος του PASS-20 ( $r = 0,135$  και  $P = 0,001$ ), σωματικές αντιδράσεις του PASS-20 ( $r = 0,223$  και  $P = 0,000$ ), συνολικός βαθμός του PASS-20 ( $r = 0,220$  και  $P = 0,000$ ), σωματοποίηση ( $r = 0,181$  και  $P = 0,000$ ), κατάθλιψη ( $r = 0,154$  και  $P = 0,000$ ), φόβο για ιατρογενή πόνο ( $r = 0,170$  και  $P = 0,000$ ), συνολικό βαθμό του FPQ-III ( $r = 0,137$  και  $P = 0,001$ ) και εκφραστικότητα του οικογενειακού συστήματος ( $r = 0,154$  και  $P = 0,000$ ).

Πολύ σημαντική στατιστικά συσχέτιση προέκυψε ( $P < 0,01$ ) μεταξύ του φύλου και των: ερώτησης του φόβου του πόνου ( $r = -0,091$  και  $P = 0,004$ ), στρεσογόνου γεγονότος παιδικής ηλικίας ( $r = -0,126$  και  $P = 0,002$ ) ΓΔΣ SCL-90 ( $r = 0,113$  και  $P = 0,006$ ), ΣΘΣ SCL-90 ( $r = 0,109$  και  $P = 0,008$ ), αυτοεπίκριση ( $r = 0,123$  και  $P = 0,003$ ), φόβο για δριμύ πόνο ( $r = 0,125$  και  $P = 0,002$ ) και συνολικός βαθμός του NPI ( $r = -0,118$  και  $P = 0,004$ )

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ( $P < 0,05$ ) παρατηρήθηκε μεταξύ του φύλου και των: οικογενειακή κατάσταση ( $r = 0,089$  και  $P = 0,030$ ), ύπαρξη παιδιών ( $r = -0,083$  και  $P = 0,043$ ), επάγγελμα ( $r = -0,091$  και  $P = 0,027$ ), φόβο για αρρώστια ( $r = -0,092$  και  $P = 0,025$ ), ψυχαναγκαστικότητα ( $r = 0,084$  και  $P = 0,041$ ), διαπροσωπική ευαισθησία ( $r = 0,084$  και  $P = 0,042$ ), άγχος SCL-90 ( $r = 0,104$  και  $P = 0,011$ ), επιθετικότητα SCL-90 ( $r = 0,081$  και  $P = 0,049$ ), φοβικό άγχος SCL-90 ( $r = 0,090$  και  $P = 0,028$ ), ΔΕΘΣ SCL-90 ( $r = 0,100$  και  $P = 0,015$ ), παρορμητική εχθρότητα HDHQ ( $r = -0,093$  και  $P = 0,023$ ), ενδοστρεφής εχθρότητα HDHQ ( $r = 0,093$  και  $P = 0,024$ ), αποφυγή του CAQ ( $r = 0,085$  και  $P = 0,039$ ), σύγκρουση στην οικογένεια ( $r = 0,092$  και  $P = 0,025$ ), ανεξαρτησία της οικογένειας ( $r = 0,085$  και  $P = 0,038$ ) και συνολικός βαθμός του FES ( $r = 0,086$  και  $P = 0,036$ ).

Επίσης, στατιστικά ενδεικτικά σημαντική ( $P < 0,10$ ), προέκυψε μεταξύ του φύλου και της εκπαίδευσης ( $r = -0,074$  και  $P = 0,073$ ), και μεταξύ του φύλου και συνολικού βαθμού του CAQ ( $r = 0,069$  και  $P = 0,093$ ).

## Συσχετίσεις της οικογενειακής κατάστασης, των παιδιών και των αδελφών

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της *οικογενειακής κατάστασης* και των άλλων μεταβλητών, στατιστικά πάρα πολύ σημαντική

( $P < 0,001$ ) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και των: ηλικία ( $r = 0,702$  και  $P = 0,000$ ), ύπαρξη παιδιών ( $r = -0,710$  και  $P = 0,000$ ), εκπαίδευση ( $r = -0,435$  και  $P = 0,000$ ), επάγγελμα ( $r = 0,355$  και  $P = 0,000$ ), σωματοποίηση SCL-90 ( $r = 0,148$  και  $P = 0,000$ ), αυτοεπίκριση ( $r = -0,151$  και  $P = 0,000$ ). Πολύ σημαντική στατιστικά συσχέτιση προέκυψε ( $P < 0,01$ ) μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και στην ενδοστρεφή εχθρότητα HDHQ ( $r = -0,118$  και  $P = 0,004$ ). Επίσης, στατιστικά σημαντική συσχέτιση ( $P < 0,05$ ) παρατηρήθηκε μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και των: φύλο ( $r = 0,089$  και  $P = 0,030$ ), ύπαρξη αδελφών ( $r = 0,087$  και  $P = 0,034$ ), ερώτησης του φόβου του πόνου ( $r = -0,083$  και  $P = 0,043$ ), ψυχωτισμός SCL-90 ( $r = -0,103$  και  $P = 0,012$ ), φόβο για ιατρογενή πόνο ( $r = -0,101$  και  $P = 0,014$ ) και συνολικός βαθμός του NPI ( $r = -0,095$  και  $P = 0,020$ ). Τέλος, στατιστικά ενδεικτικά σημαντική ( $P < 0,10$ ), προέκυψε μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και των φόβο για αρρώστια ( $r = -0,073$  και  $P = 0,075$ ), γνωστικό άγχος του PASS-20 ( $r = -0,072$  και  $P = 0,081$ ) ΔΕΘΣ SCL-90 ( $r = 0,072$  και  $P = 0,081$ ), οργάνωση της οικογένειας ( $r = 0,072$  και  $P = 0,081$ ), έλεγχος στην οικογένεια ( $r = 0,077$  και  $P = 0,061$ ) και του συνολικού βαθμού του FES ( $r = 0,068$  και  $P = 0,097$ ).

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της *ύπαρξης παιδιών* και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές, στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ( $P < 0,001$ ) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της ύπαρξης παιδιών και των: ηλικία ( $r = -0,724$  και  $P = 0,000$ ), εκπαίδευση ( $r = 0,461$  και  $P = 0,000$ ), επάγγελμα ( $r = -0,335$  και  $P = 0,000$ ), φόβο για αρρώστια ( $r = 0,131$  και  $P = 0,001$ ) και σωματοποίηση SCL-90 ( $r = -0,173$  και  $P = 0,000$ ). Πολύ σημαντική στατιστικά συσχέτιση προέκυψε ( $P < 0,01$ ) μεταξύ της ύπαρξης παιδιών και των: φόβο του CAQ ( $r = -0,116$  και  $P = 0,005$ ) συνολικός βαθμός του NPI ( $r = 0,113$  και  $P = 0,006$ ) και έλεγχος στην οικογένεια ( $r = -0,107$  και  $P = 0,009$ ). Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ( $P < 0,05$ ) παρατηρήθηκε μεταξύ της ύπαρξης παιδιών και των: φύλο ( $r = -0,083$  και  $P = 0,043$ ) οικογενειακή κατάσταση ( $r = 0,089$  και  $P = 0,030$ ), αυτοεπίκριση ( $r = 0,083$  και  $P = 0,042$ ), συνολικός βαθμός του CAQ ( $r = -0,088$  και  $P = 0,031$ ) και προσανατολισμός για επιτεύγματα ( $r = -0,083$  και  $P = 0,044$ ). Επίσης, στατιστικά ενδεικτικά σημαντική ( $P < 0,10$ ), προέκυψε μεταξύ ύπαρξης παιδιών και των: ερώτησης του φόβου του πόνου ( $r = 0,077$  και  $P = 0,060$ ), φοβικές σκέψεις του PASS-20 ( $r = -0,074$  και  $P = 0,070$ ), ψυχωτισμός ( $r = -0,071$  και  $P = 0,086$ ), επίκριση από άλλους ( $r = -0,078$  και  $P = 0,056$ ), πάρανοειδής εχθρότητα ( $r = -0,077$  και  $P = 0,060$ ) και του συνολικού βαθμού του FES ( $r = -0,083$  και  $P = 0,043$ ).

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της *ύπαρξης αδελφών* και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές, στατιστικά σημαντική συσχέτιση ( $P < 0,05$ ) παρατηρήθηκε μεταξύ της ύπαρξης αδελφών και των:

οικογενειακή κατάσταση ( $r.=0,087$  και  $P=0,034$ ) συνοχή της οικογένειας ( $r.=0,084$  και  $P=0,040$ ) και ηθική και θρησκευτικότητα της οικογένειας ( $r.=0,091$  και  $P=0,026$ ). Τέλος, στατιστικά ενδεικτικά σημαντική ( $P<0,10$ ), προέκυψε μεταξύ ύπαρξης αδελφών και των: διαμονή ( $r.=0,069$  και  $P=0,092$ ) και φόβο του CAQ ( $r.=0,078$  και  $P=0,056$ ).

### **Συσχετίσεις του τόπου διαμονής**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του *τόπου διαμονής* και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές, στατιστικά παρά πολύ σημαντική ( $P<0,001$ ) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ του τόπου διαμονής και στο επάγγελμα ( $r.=0,138$  και  $P=0,001$ ). Πολύ σημαντική στατιστικά συσχέτιση προέκυψε ( $P<0,01$ ) μεταξύ του τόπου διαμονής και των: συνοχή της οικογένειας ( $r.=0,114$  και  $P=0,005$ ), εκφραστικότητα της οικογένειας ( $r.=0,108$  και  $P=0,008$ ) και ηθική και θρησκευτικότητα ( $r.=0,107$  και  $P=0,009$ ). Επίσης, στατιστικά σημαντική ( $P<0,05$ ) συσχέτιση πάρατηρήθηκε ως προς τον τόπο διαμονής και των: συνολικός βαθμός του NPI ( $r.=0,104$  και  $P=0,011$ ) και σύγκρουση στην οικογένεια ( $r.=0,092$  και  $P=0,026$ ). Τέλος, στατιστικά ενδεικτικά σημαντική συσχέτιση ( $P<0,10$ ) προέκυψε μεταξύ του τόπου διαμονής και των: ύπαρξη αδελφών ( $r.=0,069$  και  $P=0,092$ ), εκπαίδευση ( $r.=0,078$  και  $P=0,057$ ), οργάνωση ( $r.=0,078$  και  $P=0,059$ ) και του συνολικού βαθμού του FES ( $r.=0,073$  και  $P=0,077$ ).

### **Συσχετίσεις της επαγγελματικής κατάστασης**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της *επαγγελματικής κατάστασης* και των άλλων μεταβλητών, στατιστικά παρά πολύ σημαντική ( $P<0,001$ ) προέκυψε μεταξύ της επαγγελματικής κατάστασης και των: ηλικία ( $r.=0,457$  και  $P=0,000$ ), οικογένεια ( $r.=0,355$  και  $P=0,000$ ), διαμονή ( $r.=0,138$  και  $P=0,001$ ), παιδιά ( $r.=0,355$  και  $P=0,000$ ) εκπαίδευση ( $r.=0,153$  και  $P=0,000$ ), διαπροσωπική ευαισθησία ( $r.=0,155$  και  $P=0,000$ ), άγχος SCL-90 ( $r.=0,151$  και  $P=0,000$ ), φοβικό άγχος SCL-90 ( $r.=0,159$  και  $P=0,000$ ), ψυχωτισμός ( $r.=0,209$  και  $P=0,000$ ), ΓΔΣ SCL-90 ( $r.=0,137$  και  $P=0,001$ ), αυτοεπίκριση ( $r.=0,182$  και  $P=0,000$ ), ενοχή ( $r.=0,145$  και  $P=0,000$ ), ενδοστρεφής εχθρότητα ( $r.=0,183$  και  $P=0,000$ ), φόβο για ιατρογενή πόνο ( $r.=0,169$  και  $P=0,000$ ), συνολικός



βαθμός του FPQ-III ( $r.=-0,131$  και  $P=0,001$ ), εκφραστικότητα της οικογένειας ( $r.=0,135$  και  $P=0,001$ ) και πνευματικός προσανατολισμός ( $r.=0,162$  και  $P=0,000$ ).

Στατιστικά πολύ σημαντική ( $P<0,05$ ) συσχέτιση, προέκυψε μεταξύ της επαγγελματικής κατάστασης και των: γνωστικό άγχος του PASS-20 ( $r.=-0,124$  και  $P=0,002$ ), ψυχαναγκαστικότητα ( $r.=-0,128$  και  $P=0,002$ ), κατάθλιψη ( $r.=-0,128$  και  $P=0,002$ ), παράνοειδής ιδεασμός ( $r.=-0,128$  και  $P=0,002$ ) ΔΕΘΣ SCL-90 ( $r.=-0,118$  και  $P=0,004$ ), ολική εχθρότητα ( $r.=-0,126$  και  $P=0,002$ ), προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία ( $r.=0,118$  και  $P=0,004$ ) και συνολικός βαθμός του FES ( $r.=0,120$  και  $P=0,003$ ).

Επιπλέον στατιστικά σημαντική ( $P<0,10$ ) συσχέτιση, παρατηρήθηκε μεταξύ της επαγγελματικής κατάστασης και των: φύλο ( $r.=-0,091$  και  $P=0,027$ ), στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας ( $r.=0,082$  και  $P=0,046$ ), ΣΘΣ SCL-90 ( $r.=-0,094$  και  $P=0,023$ ), παράνοειδής εχθρότητα ( $r.=-0,090$  και  $P=0,028$ ), φόβο για ελαφρύ πόνο ( $r.=-0,095$  και  $P=0,020$ ) και ανεξαρτησία στο οικογενειακό περιβάλλον ( $r.=0,098$  και  $P=0,017$ ).

Τέλος, στατιστικά ενδεικτικά σημαντική συσχέτιση ( $P<0,10$ ) προέκυψε μεταξύ του επαγγελματικής κατάστασης και των: επιθετικότητα SCL-90 ( $r.=-0,070$  και  $P=0,088$ ), φόβο του CAQ ( $r.=-0,069$  και  $P=0,094$ ), συνολικός βαθμός του CAQ ( $r.=-0,071$  και  $P=0,083$ ), φόβο για δριμύ πόνο ( $r.=-0,078$  και  $P=0,059$ ) και ηθική και θρησκευτικότητα της οικογένειας ( $r.=-0,075$  και  $P=0,067$ ).

### **Συσχετίσεις του εκπαιδευτικού επιπέδου**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της *εκπαιδευτικού επιπέδου* και των άλλων μεταβλητών, στατιστικά παρά πολύ σημαντική ( $P<0,001$ ) προέκυψε μεταξύ της εκπαιδευτικού επιπέδου και των: ηλικία ( $r.=-0,526$  και  $P=0,000$ ), οικογένεια ( $r.=-0,435$  και  $P=0,000$ ), παιδιά ( $r.=0,461$  και  $P=0,000$ ) επάγγελμα ( $r.=-0,153$  και  $P=0,000$ ), σωματοποίηση ( $r.=-0,171$  και  $P=0,000$ ) και παράνοειδής εχθρότητα ( $r.=-0,134$  και  $P=0,001$ ).

Στατιστικά πολύ σημαντική ( $P<0,05$ ) συσχέτιση, προέκυψε μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου και των: ψυχαναγκαστικότητα ( $r.=-0,117$  και  $P=0,004$ ), φοβικό άγχος SCL-90 ( $r.=-0,121$  και  $P=0,003$ ), ΓΔΣ SCL-90 ( $r.=-0,117$  και  $P=0,004$ ), συνολικός βαθμός του NPI ( $r.=0,107$  και  $P=0,009$ ) και πνευματικός προσανατολισμός της οικογένειας ( $r.=0,117$  και  $P=0,004$ ).

Επιπλέον, στατιστικά σημαντική ( $P<0,10$ ) συσχέτιση, παρατηρήθηκε μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου και των: γνωστικό άγχος ( $r.=0,081$  και  $P=0,048$ ),

κατάθλιψη ( $r.=-0,106$  και  $P=0,010$ ), ΣΘΣ SCL-90 ( $r.=-0,093$  και  $P=0,023$ ), ΔΕΘΣ SCL-90 ( $r.=-0,094$  και  $P=0,022$ ), πάρανοειδής ιδεασμός( $r.=-0,088$  και  $P=0,033$ ), φόβο του CAQ ( $r.=-0,091$  και  $P=0,026$ ), συνολικός βαθμός του CAQ ( $r.=-0,088$  και  $P=0,032$ ), ψυχαγωγία ( $r.=0,078$  και  $P=0,056$ ) και ηθική και θρησκευτικότητα ( $r.=-0,077$  και  $P=0,060$ ).

Τέλος, στατιστικά ενδεικτικά σημαντική συσχέτιση ( $P<0,10$ ) προέκυψε μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου και των: ψυχωτισμός SCL-90 ( $r.=0,071$  και  $P=0,086$ ), ενοχή ( $r.=-0,072$  και  $P=0,078$ ), εξωστρεφής εχθρότητα ( $r.=-0,080$  και  $P=0,052$ ), προσοχή του CAQ ( $r.=-0,068$  και  $P=0,096$ ) και φόβος για ελαφρύ πόνο ( $r.=-0,073$  και  $P=0,076$ ).

### **Συσχετίσεις της ερώτησης για το φόβο του πόνου**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της ερώτησης για το φόβου του πόνου και των άλλων μεταβλητών, προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ( $P<0,001$ ) συσχέτιση μεταξύ της ερώτησης για το φόβο του πόνου και των: ( $r.=0,078$  και  $P=0,056$ ) ερώτηση για το φόβο αρρώστιας ( $r.=0,328$  και  $P=0,000$ ), στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας ( $r.=0,140$  και  $P=0,001$ ), αποφυγή του PASS-20 ( $r.=-0,277$  και  $P=0,000$ ), φοβικές σκέψεις του PASS-20 ( $r.=-0,384$  και  $P=0,000$ ), γνωστικό άγχος PASS-20 ( $r.=-0,378$  και  $P=0,000$ ), σωματικές αντιδράσεις PASS-20 ( $r.=-0,331$  και  $P=0,000$ ), συνολικός βαθμός PASS-20 ( $r.=-0,395$  και  $P=0,000$ ), σωματοποίηση SCL-90 ( $r.=-0,221$  και  $P=0,000$ ), ψυχαναγκαστικότητα SCL-90 ( $r.=-0,273$  και  $P=0,000$ ), διαπροσωπική ευαισθησία SCL-90 ( $r.=-0,230$  και  $P=0,000$ ), κατάθλιψη SCL-90 ( $r.=-0,248$  και  $P=0,000$ ), άγχος SCL-90 ( $r.=-0,250$  και  $P=0,000$ ), επιθετικότητα SCL-90 ( $r.=-0,169$  και  $P=0,000$ ), φοβικό άγχος SCL-90 ( $r.=-0,195$  και  $P=0,000$ ),πάρανοειδής ιδεασμός SCL-90 ( $r.=-0,201$  και  $P=0,000$ ), ψυχωτισμός SCL-90 ( $r.=-0,161$  και  $P=0,000$ ), ΓΔΣ SCL-90 ( $r.=-0,264$  και  $P=0,000$ ), ΔΕΘΣ SCL-90 ( $r.=-0,146$  και  $P=0,000$ ), ΣΘΣ SCL-90 ( $r.=-0,290$  και  $P=0,000$ ), επίκριση από άλλους ( $r.=-0,134$  και  $P=0,001$ ) πάρανοειδής εχθρότητα ( $r.=-0,146$  και  $P=0,000$ ), αυτοεπίκριση ( $r.=-0,230$  και  $P=0,000$ ), ενοχή ( $r.=-0,180$  και  $P=0,000$ ), εξωστρεφής εχθρότητα( $r.=-0,143$  και  $P=0,000$ ), ενδοστρεφής εχθρότητα ( $r.=-0,230$  και  $P=0,000$ ), ολική εχθρότητα ( $r.=-0,208$  και  $P=0,000$ ), φόβος CAQ ( $r.=-0,291$  και  $P=0,000$ ) αποφυγή CAQ ( $r.=-0,151$  και  $P=0,000$ ) προσοχή CAQ ( $r.=-0,168$  και  $P=0,000$ ), συνολικός βαθμός CAQ ( $r.=-0,282$  και  $P=0,000$ ), φόβος για ελαφρύ πόνο ( $r.=-0,223$  και  $P=0,000$ ), φόβος για δριμύ πόνο ( $r.=-0,293$  και  $P=0,000$ ),

φόβος για ιατρογενή πόνο ( $r.=-0,313$  και  $P=0,000$ ), συνολικός βαθμός FPQ-III ( $r.=-0,327$  και  $P=0,000$ ) και πνευματικός προσανατολισμός ( $r.=0,166$  και  $P=0,000$ ).

Επίσης, προέκυψε πολύ σημαντική ( $P<0,01$ ) στατιστικά συσχέτιση μεταξύ της *ερώτησης για το φόβο του πόνου* και των: φύλου ( $r.=-0,118$  και  $P=0,004$ ), ηθική και θρησκευτικότητα ( $r.=-0,110$  και  $P=0,007$ ). Στατιστικά σημαντική ( $P<0,10$ ) συσχέτιση, παράτηρήθηκε μεταξύ της *ερώτησης για το φόβο του πόνου* και των: οικογένεια ( $r.=-0,083$  και  $P=0,043$ ) ( $r.=0,078$  και  $P=0,056$ ), σύγκρουση ( $r.=-0,103$  και  $P=0,012$ ), ανεξαρτησία ( $r.=0,093$  και  $P=0,023$ ) και ενεργό ψυχαγωγία ( $r.=0,091$  και  $P=0,027$ ).

Τέλος, στατιστικά ενδεικτικά σημαντική συσχέτιση ( $P<0,10$ ) προέκυψε μεταξύ της *ερώτησης για το φόβο του πόνου* και των: ύπαρξη παιδιών ( $r.=0,077$  και  $P=0,060$ ), ναρκισσισμός ( $r.=0,078$  και  $P=0,058$ ), έλεγχος της οικογένειας ( $r.=0,072$  και  $P=0,078$ ) και εκφραστικότητα στην οικογένεια ( $r.=0,081$  και  $P=0,050$ ).

### **Συσχετίσεις της ερώτησης για το φόβο της αρρώστιας**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της *ερώτησης για το φόβο της αρρώστιας* και των άλλων μεταβλητών, προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ( $P<0,001$ ) συσχέτιση μεταξύ της *ερώτησης για το φόβο της αρρώστιας* και των: ύπαρξη παιδιών ( $r.=0,131$  και  $P=0,001$ ), αποφυγή του PASS-20 ( $r.=-0,208$  και  $P=0,000$ ), φοβικές σκέψεις του PASS-20 ( $r.=-0,373$  και  $P=0,000$ ), γνωστικό άγχος PASS-20 ( $r.=-0,321$  και  $P=0,000$ ), σωματικές αντιδράσεις PASS-20 ( $r.=-0,258$  και  $P=0,000$ ), συνολικός βαθμός PASS-20 ( $r.=-0,335$  και  $P=0,000$ ), σωματοποίηση SCL-90 ( $r.=-0,204$  και  $P=0,000$ ), ψυχαναγκαστικότητα SCL-90 ( $r.=-0,198$  και  $P=0,000$ ), διαπροσωπική ευαισθησία SCL-90 ( $r.=-0,166$  και  $P=0,000$ ), κατάθλιψη SCL-90 ( $r.=-0,171$  και  $P=0,000$ ), άγχος SCL-90 ( $r.=-0,225$  και  $P=0,000$ ), επιθετικότητα SCL-90 ( $r.=-0,173$  και  $P=0,000$ ), φοβικό άγχος SCL-90 ( $r.=-0,203$  και  $P=0,000$ ), παράνοειδής ιδεασμός SCL-90 ( $r.=-0,181$  και  $P=0,000$ ), ψυχωτισμός SCL-90 ( $r.=-0,184$  και  $P=0,000$ ), ΓΔΣ SCL-90 ( $r.=-0,225$  και  $P=0,000$ ), ΣΘΣ SCL-90 ( $r.=-0,266$  και  $P=0,000$ ), αυτοεπίκριση ( $r.=-0,154$  και  $P=0,000$ ), ενδοστρεφής εχθρότητα ( $r.=-0,136$  και  $P=0,001$ ), ολική εχθρότητα ( $r.=-0,151$  και  $P=0,000$ ), φόβος CAQ ( $r.=-0,293$  και  $P=0,000$ ) αποφυγή CAQ ( $r.=-0,132$  και  $P=0,001$ ) προσοχή CAQ ( $r.=-0,148$  και  $P=0,000$ ), συνολικός βαθμός CAQ ( $r.=-0,270$  και  $P=0,000$ ), φόβος για ελαφρύ πόνο ( $r.=-0,171$  και  $P=0,000$ ), φόβος για δριμύ πόνο ( $r.=-0,308$  και  $P=0,000$ ), φόβος για ιατρογενή

πόνο ( $r.=-0,229$  και  $P=0,000$ ), συνολικός βαθμός FPQ-III ( $r.=-0,286$  και  $P=0,000$ ) και σύγκρουση FES ( $r.=-0,161$  και  $P=0,000$ ).

Επίσης, προέκυψε πολύ σημαντική ( $P<0,01$ ) στατιστικά συσχέτιση μεταξύ της ερώτησης για το φόβο της αρρώστιας και των: επίκριση από άλλους ( $r.=-0,109$  και  $P=0,008$ ) και εξωστρεφής εχθρότητα ( $r.=-0,127$  και  $P=0,002$ ). Στατιστικά σημαντική ( $P<0,10$ ) συσχέτιση, παρατηρήθηκε μεταξύ της ερώτησης για το φόβο της αρρώστιας και των: ηλικία ( $r.=-0,103$  και  $P=0,012$ ), φύλο ( $r.=-0,092$  και  $P=0,025$ ), ΔΕΘΣ SCL-90 ( $r.=-0,095$  και  $P=0,021$ ), παρορμητική εχθρότητα ( $r.=-0,086$  και  $P=0,036$ ), παράνοειδής εχθρότητα ( $r.=-0,104$  και  $P=0,011$ ), ενοχή ( $r.=-0,081$  και  $P=0,049$ ), συνοχή FES ( $r.=0,087$  και  $P=0,035$ ), προσανατολισμός για επιτεύγματα FES ( $r.=-0,103$  και  $P=0,012$ ) και πνευματικός προσανατολισμός FES ( $r.=0,082$  και  $P=0,047$ ).

Τέλος, στατιστικά ενδεικτικά σημαντική συσχέτιση ( $P<0,10$ ) προέκυψε μεταξύ της ερώτησης για το φόβο της αρρώστιας και των: οικογενειακή κατάσταση ( $r.=-0,073$  και  $P=0,075$ ), εκφραστικότητα FES ( $r.=-0,080$  και  $P=0,052$ ), και ενεργό ψυχαγωγία FES ( $r.=0,079$  και  $P=0,055$ ).

### **Συσχετίσεις του στρεσογόνου γεγονότος παιδικής ηλικίας**

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του στρεσογόνου γεγονότος παιδικής ηλικίας και των άλλων μεταβλητών, προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ( $P<=0,001$ ) συσχέτιση μεταξύ του στρεσογόνου γεγονότος παιδικής ηλικίας και των: φοβικές σκέψεις PASS-20 ( $r.=-0,147$  και  $P=0,000$ ), σωματικές αντιδράσεις PASS-20 ( $r.=-0,149$  και  $P=0,000$ ), συνολικός βαθμός PASS-20 ( $r.=-0,131$  και  $P=0,001$ ), σωματοποίηση SCL-90 ( $r.=-0,170$  και  $P=0,000$ ), ψυχαναγκαστικότητα SCL-90 ( $r.=-0,158$  και  $P=0,000$ ), διαπροσωπική ευαισθησία SCL-90 ( $r.=-0,145$  και  $P=0,000$ ), κατάθλιψη SCL-90 ( $r.=-0,143$  και  $P=0,000$ ), άγχος SCL-90 ( $r.=-0,152$  και  $P=0,000$ ), παράνοειδής ιδεασμός SCL-90 ( $r.=-0,171$  και  $P=0,000$ ), ΓΔΣ SCL-90 ( $r.=-0,166$  και  $P=0,000$ ), ΣΘΣ SCL-90 ( $r.=-0,142$  και  $P=0,001$ ) και ΔΕΘΣ SCL-90 ( $r.=-0,153$  και  $P=0,000$ ).

Επίσης, προέκυψε πολύ σημαντική ( $P<0,01$ ) στατιστικά συσχέτιση μεταξύ του στρεσογόνου γεγονότος παιδικής ηλικίας και των: φύλο ( $r.=-0,126$  και  $P=0,002$ ), γνωστικό άγχος PASS-20 ( $r.=-0,122$  και  $P=0,003$ ), φοβικό άγχος SCL-90 ( $r.=-0,123$  και  $P=0,000$ ), ψυχωτισμός SCL-90 ( $r.=-0,111$  και  $P=0,007$ ), παράνοειδής εχθρότητα ( $r.=-0,113$  και  $P=0,006$ ), ενδοστρεφής εχθρότητα ( $r.=-$

0,110 και  $P=0,007$ ), συνολικός βαθμός CAQ ( $r.=-0,112$  και  $P=0,006$ ) και φόβος για δριμύ πόνο ( $r.=-0,122$  και  $P=0,003$ ).

Στατιστικά σημαντική ( $P<0,10$ ) συσχέτιση, παρατηρήθηκε μεταξύ του στρεσογόνου γεγονότος παιδικής ηλικίας και των: επάγγελμα ( $r.=0,082$  και  $P=0,046$ ), επιθετικότητα SCL-90 ( $r.=-0,084$  και  $P=0,041$ ), αυτοεπίκριση ( $r.=-0,105$  και  $P=0,011$ ), ενοχή ( $r.=-0,093$  και  $P=0,023$ ), ολική εχθρότητα ( $r.=-0,084$  και  $P=0,040$ ), φόβος CAQ ( $r.=-0,083$  και  $P=0,024$ ) αποφυγή CAQ ( $r.=-0,093$  και  $P=0,024$ ) προσοχή CAQ ( $r.=-0,094$  και  $P=0,022$ ), συνολικός βαθμός FPQ-III ( $r.=-0,100$  και  $P=0,015$ ) και σύγκρουση FES ( $r.=-0,097$  και  $P=0,018$ ).

Τέλος, στατιστικά ενδεικτικά σημαντική συσχέτιση ( $P<0,10$ ) προέκυψε μεταξύ του στρεσογόνου γεγονότος παιδικής ηλικίας και στο φόβο για ιατρογενή πόνο ( $r.=-0,080$  και  $P=0,052$ ).

### **Συσχετίσεις των ερωτηματολογίων**

#### **Συσχετίσεις των αγχωδών συμπτωμάτων του πόνου του PASS-20 (PASS-20 total)**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του συνολικού βαθμού του PASS-20 και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ( $P<0,001$ ) συσχέτιση ανάμεσα στο συνολικό βαθμό του PASS-20 και των: σωματοποίηση SCL-90 ( $r.=0,465$  και  $P=0,000$ ), ψυχαναγκαστικότητα SCL-90 ( $r.=0,508$  και  $P=0,000$ ), διαπροσωπική ευαισθησία SCL-90 ( $r.=0,473$  και  $P=0,000$ ), κατάθλιψη SCL-90 ( $r.=0,468$  και  $P=0,000$ ), άγχος SCL-90 ( $r.=0,490$  και  $P=0,000$ ), επιθετικότητα SCL-90 ( $r.=0,315$  και  $P=0,000$ ), φοβικό άγχος SCL-90 ( $r.=0,439$  και  $P=0,000$ ), παράνοειδής ιδεασμός SCL-90 ( $r.=0,377$  και  $P=0,000$ ), ψυχωτισμός SCL-90 ( $r.=0,396$  και  $P=0,000$ ), ΓΔΣ SCL-90 ( $r.=0,529$  και  $P=0,000$ ), ΔΕΘΣ SCL-90 ( $r.=0,343$  και  $P=0,000$ ), ΣΘΣ SCL-90 ( $r.=0,343$  και  $P=0,000$ ), επίκριση από άλλους HDHQ ( $r.=0,279$  και  $P=0,000$ ), παρορμητική εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,156$  και  $P=0,000$ ), παράνοειδής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,252$  και  $P=0,000$ ), αυτοεπίκριση ( $r.=0,311$  και  $P=0,000$ ), ενοχή HDHQ ( $r.=0,272$  και  $P=0,000$ ), εξωστρεφής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,293$  και  $P=0,000$ ), ενδοστρεφής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,325$  και  $P=0,000$ ), ολική εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,355$  και  $P=0,000$ ), φόβος CAQ ( $r.=0,578$  και  $P=0,000$ ), αποφυγή CAQ ( $r.=0,338$  και  $P=0,000$ ), προσοχή CAQ ( $r.=0,328$  και  $P=0,000$ ), συνολικός βαθμός CAQ ( $r.=0,572$  και  $P=0,000$ ), φόβος για ελαφρύ πόνο ( $r.=0,445$  και  $P=0,000$ ), φόβος για δριμύ πόνο ( $r.=0,472$  και  $P=0,000$ ), φόβος

για ιατρογενή πόνο ( $r.=0,474$  και  $P=0,000$ ), συνολικός βαθμός FPQ-III ( $r.=0,542$  και  $P=0,000$ ), εκφραστικότητα FES ( $r.=-0,192$  και  $P=0,000$ ) σύγκρουση FES ( $r.=0,243$  και  $P=0,000$ ), ενεργό ψυχαγωγία FES ( $r.=-0,175$  και  $P=0,000$ ), πνευματικός-πολιτιστικός προσανατολισμός FES ( $r.=-0,197$  και  $P=0,000$ ), ηθική και πνευματικότητα FES ( $r.=0,138$  και  $P=0,001$ ),

Στατιστικά πολύ σημαντική ( $P<0,01$ ) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ του συνολικού βαθμού του *PASS-20* και των: συνοχή FES ( $r.=-0,116$  και  $P=0,005$ ), ανεξαρτησία FES ( $r.=-0,118$  και  $P=0,004$ ), προσανατολισμός για επιτεύγματα FES ( $r.=0,108$  και  $P=0,008$ )

Στατιστικά ενδεικτικής σημαντικότητας ( $P<0,05$ ) συσχέτιση, επίσης, ανεβρέθηκε μεταξύ συνολικού βαθμού του *PASS-20* και του συνολικού βαθμού του FES ( $r.=-0,074$  και  $P=0,072$ ).

Επιπλέον από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του συνολικού βαθμού του *PASS-20* και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση ( $0,001 < P < 0,099$ ) μεταξύ του συνολικού βαθμού του *PASS-20* και του ναρκισσισμού ( $r.=-0,032$  και  $P=0,429$ ).

### ***Συσχετίσεις της σωματικής ευαισθησίας στο άγχος με επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία του CAQ (CAQ total)***

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του συνολικού βαθμού του *CAQ* και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ( $P<0,001$ ) συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού του *CAQ* και των: αποφυγή *PASS-2020* ( $r.=0,417$  και  $P=0,000$ ), φοβικές σκέψεις *PASS-20 20* ( $r.=0,547$  και  $P=0,000$ ), γνωστικό άγχος *PASS-20 20* ( $r.=0,493$  και  $P=0,000$ ), σωματικές αντιδράσεις *PASS-20 20* ( $r.=0,529$  και  $P=0,000$ ), συνολικός βαθμός *PASS-20* ( $r.=0,572$  και  $P=0,000$ ), σωματοποίηση SCL-90 ( $r.=0,518$  και  $P=0,000$ ), ψυχαναγκαστικότητα SCL-90 ( $r.=0,470$  και  $P=0,000$ ), διαπροσωπική ευαισθησία SCL-90 ( $r.=0,444$  και  $P=0,000$ ), κατάθλιψη SCL-90 ( $r.=0,433$  και  $P=0,000$ ), άγχος SCL-90 ( $r.=0,576$  και  $P=0,000$ ), επιθετικότητα SCL-90 ( $r.=0,311$  και  $P=0,000$ ), φοβικό άγχος SCL-90 ( $r.=0,476$  και  $P=0,000$ ), παράνοειδής ιδεασμός SCL-90 ( $r.=0,418$  και  $P=0,000$ ), ψυχωτισμός SCL-90 ( $r.=0,467$  και  $P=0,000$ ), ΓΔΣ SCL-90 ( $r.=0,548$  και  $P=0,000$ ), ΔΕΘΣ SCL-90 ( $r.=0,338$  και  $P=0,000$ ), ΣΘΣ SCL-90 ( $r.=0,561$  και  $P=0,000$ ), επίκριση από άλλους HDHQ ( $r.=0,294$  και  $P=0,000$ ), παρορμητική εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,181$  και  $P=0,000$ ), παράνοειδής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,301$  και  $P=0,000$ ), αυτοεπίκριση ( $r.=0,336$  και  $P=0,000$ ), ενοχή HDHQ ( $r.=0,328$  και  $P=0,000$ ),

εξωστρεφής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,329$  και  $P=0,000$ ), ενδοστρεφής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,367$  και  $P=0,000$ ) και ολική εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,400$  και  $P=0,000$ ), φόβος για ελαφρύ πόνο ( $r.=0,435$  και  $P=0,000$ ), φόβος για δριμύ πόνο ( $r.=0,384$  και  $P=0,000$ ), φόβος για ιατρογενή πόνο ( $r.=0,411$  και  $P=0,000$ ), συνολικός βαθμός FPQ-III ( $r.=0,474$  και  $P=0,000$ ), εκφραστικότητα FES ( $r.=0,140$  και  $P=0,001$ ), σύγκρουση FES ( $r.=0,194$  και  $P=0,000$ ), πνευματικός-πολιτιστικός προσανατολισμός FES ( $r.=0,131$  και  $P=0,001$ ), ενεργό ψυχαγωγία ( $r.=0,135$  και  $P=0,001$ ) και ηθική και θρησκευτικότητα FES ( $r.=0,172$  και  $P=0,000$ ).

Στατιστικά πολύ σημαντική ( $P<0,01$ ) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ του συνολικού βαθμού του CAQ και των: συνοχή FES ( $r.=0,126$  και  $P=0,002$ ), ανεξαρτησία FES ( $r.=0,129$  και  $P=0,002$ ) και προσανατολισμός για επιτεύγματα FES ( $r.=0,110$  και  $P=0,007$ ). Επιπλέον από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του *συνολικού βαθμού του CAQ* και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση ( $0,001 < P < 0,099$ ) μεταξύ του *συνολικού βαθμού του CAQ* και του ναρκισσισμού ( $r.=0,049$  και  $P=0,238$ ).

### **Συσχετίσεις του φόβου του πόνου του FPQ-III (FPQ-III total )**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του *συνολικού βαθμού του FPQ-III* και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ( $P<0,001$ ) συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού του *FPQ-III* και των: αποφυγή PASS-2020 ( $r.=0,438$  και  $P=0,000$ ), φοβικές σκέψεις PASS-2020 ( $r.=0,454$  και  $P=0,000$ ), γνωστικό άγχος PASS-2020 ( $r.=0,508$  και  $P=0,000$ ), σωματικές αντιδράσεις PASS-2020 ( $r.=0,474$  και  $P=0,000$ ), συνολικός βαθμός PASS-20 ( $r.=0,542$  και  $P=0,000$ ), σωματοποίηση SCL-90 ( $r.=0,347$  και  $P=0,000$ ), ψυχαναγκαστικότητα SCL-90 ( $r.=0,391$  και  $P=0,000$ ), διαπροσωπική ευαισθησία SCL-90 ( $r.=0,361$  και  $P=0,000$ ), κατάθλιψη SCL-90 ( $r.=0,327$  και  $P=0,000$ ), άγχος SCL-90 ( $r.=0,358$  και  $P=0,000$ ), επιθετικότητα SCL-90 ( $r.=0,278$  και  $P=0,000$ ), φοβικό άγχος SCL-90 ( $r.=0,342$  και  $P=0,000$ ), παράνοειδής ιδεασμός SCL-90 ( $r.=0,329$  και  $P=0,000$ ), ψυχωτισμός SCL-90 ( $r.=0,291$  και  $P=0,000$ ), ΓΔΣ SCL-90 ( $r.=0,398$  και  $P=0,000$ ), ΔΕΘΣ SCL-90 ( $r.=0,216$  και  $P=0,000$ ), ΣΘΣ SCL-90 ( $r.=0,431$  και  $P=0,000$ ), επίκριση από άλλους HDHQ ( $r.=0,239$  και  $P=0,000$ ), παράνοειδής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,190$  και  $P=0,000$ ), αυτοεπίκριση ( $r.=0,234$  και  $P=0,000$ ), ενοχή HDHQ ( $r.=0,206$  και  $P=0,000$ ) εξωστρεφής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,228$  και  $P=0,000$ ), ενδοστρεφής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,245$  και  $P=0,000$ ) και ολική εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,273$

και  $P=0,000$ ), φόβος CAQ ( $r.=0,508$  και  $P=0,000$ ), αποφυγή CAQ ( $r.=0,264$  και  $P=0,000$ ), προσοχή CAQ ( $r.=0,234$  και  $P=0,000$ ), συνολικός βαθμός CAQ ( $r.=0,474$  και  $P=0,000$ ), εκφραστικότητα FES ( $r.=-0,198$  και  $P=0,000$ ), σύγκρουση FES ( $r.=0,147$  και  $P=0,000$ ), προσανατολισμός για επιτεύγματα FES ( $r.=0,151$  και  $P=0,000$ ), πνευματικός-πολιτιστικός προσανατολισμός FES ( $r.=-0,137$  και  $P=0,001$ ), ενεργό ψυχαγωγία FES ( $r.=-0,142$  και  $P=0,001$ ) και τέλος ηθική και θρησκευτικότητα FES ( $r.=0,131$  και  $P=0,001$ ).

Στατιστικά σημαντική ( $P<0,05$ ) συσχέτιση, παρατηρήθηκε μεταξύ συνολικού βαθμού του *FPQ-III* και των: παρορμητική εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,101$  και  $P=0,013$ ), συνοχή FES ( $r.=-0,086$  και  $P=0,036$ ) και ανεξαρτησία FES ( $r.=-0,106$  και  $P=0,010$ )

Επιπλέον από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του συνολικού βαθμού του *FPQ-III* και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση ( $0,001 < P < 0,099$ ) μεταξύ του συνολικού βαθμού του *FPQ-III* και του ναρκισσισμού ( $r.=-0,013$  και  $P=0,758$ ).

### **Συσχετίσεις της επιθετικότητας HDHQ (HDHQ total)**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της ολικής εχθρότητας και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ( $P<0,001$ ) συσχέτιση μεταξύ της ολικής εχθρότητας HDHQ και των: αποφυγή *PASS-2020* ( $r.=0,234$  και  $P=0,000$ ), φοβικές σκέψεις *PASS-20 20* ( $r.=0,362$  και  $P=0,000$ ), γνωστικό άγχος *PASS-20 20* ( $r.=0,338$  και  $P=0,000$ ), σωματικές αντιδράσεις *PASS-20 20* ( $r.=0,297$  και  $P=0,000$ ), συνολικός βαθμός *PASS-20* ( $r.=0,355$  και  $P=0,000$ ), σωματοποίηση SCL-90 ( $r.=0,456$  και  $P=0,000$ ), ψυχαναγκαστικότητα SCL-90 ( $r.=0,579$  και  $P=0,000$ ), διαπροσωπική ευαισθησία SCL-90 ( $r.=0,607$  και  $P=0,000$ ), κατάθλιψη SCL-90 ( $r.=0,611$  και  $P=0,000$ ), άγχος SCL-90 ( $r.=0,586$  και  $P=0,000$ ), επιθετικότητα SCL-90 ( $r.=0,562$  και  $P=0,000$ ), φοβικό άγχος SCL-90 ( $r.=0,457$  και  $P=0,000$ ), παράνοειδής ιδεασμός SCL-90 ( $r.=0,633$  και  $P=0,000$ ), ψυχωτισμός SCL-90 ( $r.=0,581$  και  $P=0,000$ ), ΓΔΣ SCL-90 ( $r.=0,672$  και  $P=0,000$ ), ΔΕΘΣ SCL-90 ( $r.=0,474$  και  $P=0,000$ ), ΣΘΣ SCL-90 ( $r.=0,658$  και  $P=0,000$ ), φόβος CAQ ( $r.=0,380$  και  $P=0,000$ ), αποφυγή CAQ ( $r.=0,215$  και  $P=0,000$ ), προσοχή CAQ ( $r.=0,303$  και  $P=0,000$ ), συνολικός βαθμός CAQ ( $r.=0,400$  και  $P=0,000$ ), φόβος για ελαφρύ πόνο ( $r.=0,281$  και  $P=0,000$ ), φόβος για δριμύ πόνο ( $r.=0,150$  και  $P=0,000$ ), φόβος για ιατρογενή πόνο ( $r.=0,299$  και  $P=0,000$ ), συνολικός βαθμός *FPQ-III* ( $r.=0,273$  και  $P=0,000$ ), ναρκισσισμός ( $r.=0,145$  και  $P=0,000$ ), συνοχή



FES ( $r.=-0,283$  και  $P=0,000$ ), εκφραστικότητα FES ( $r.=-0,256$  και  $P=0,000$ ), σύγκρουση FES ( $r.=0,388$  και  $P=0,000$ ), ανεξαρτησία FES ( $r.=-0,210$  και  $P=0,000$ ), πνευματικός-πολιτιστικός προσανατολισμός FES ( $r.=-0,256$  και  $P=0,000$ ), ενεργό ψυχαγωγία FES ( $r.=-0,203$  και  $P=0,000$ ) ηθική και θρησκευτικότητα FES ( $r.=0,133$  και  $P=0,001$ ), οργάνωση FES ( $r.=-0,192$  και  $P=0,000$ ), και τέλος συνολικός βαθμός FES ( $r.=-0,160$  και  $P=0,000$ ).

Στατιστικά πολύ σημαντική ( $P<0,01$ ) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της ολικής εχθρότητας και του προσανατολισμού για επιτεύγματα FES ( $r.=0,128$  και  $P=0,002$ ).

### **Συσχετίσεις του ναρκισσισμού NPI**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του ναρκισσισμού και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ( $P<0,001$ ) συσχέτιση μεταξύ του ναρκισσισμού και των :επίκριση από άλλους HDHQ ( $r.=0,223$  και  $P=0,000$ ), παρορμητική εχθρότητα ( $r.=0,350$  και  $P=0,000$ ), πάρανοειδής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,160$  και  $P=0,000$ ), αυτοεπίκριση ( $r.=-0,163$  και  $P=0,000$ ), εξωστρεφής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,311$  και  $P=0,000$ ), ενδοστρεφής εχθρότητα HDHQ ( $r.=-0,141$  και  $P=0,001$ ) και ολική εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,145$  και  $P=0,000$ ) και σύγκρουση FES ( $r.=0,193$  και  $P=0,000$ ).

Επίσης, προέκυψε πολύ σημαντική ( $P<0,01$ ) στατιστικά συσχέτιση μεταξύ του ναρκισσισμού και των: συνοχή FES ( $r.=-0,109$  και  $P=0,008$ ), ανεξαρτησία FES ( $r.=0,115$  και  $P=0,005$ ) και οργάνωση FES ( $r.=-0,108$  και  $P=0,008$ ).

Στατιστικά σημαντική ( $P<0,05$ ) συσχέτιση, παρατηρήθηκε μεταξύ του ναρκισσισμού και των: επιθετικότητα SCL-90 ( $r.=0,100$  και  $P=0,015$ ) ΔΕΘΣ SCL-90 ( $r.=0,086$  και  $P=0,037$ ), ενοχή HDHQ ( $r.=-0,081$  και  $P=0,049$ ) και προσανατολισμός για επιτεύγματα FES ( $r.=0,092$  και  $P=0,025$ ).

Τέλος, στατιστικά ενδεικτικά σημαντική συσχέτιση ( $P<0,10$ ) προέκυψε μεταξύ του ναρκισσισμού και των: πάρανοειδή ιδεασμός ( $r.=0,077$  και  $P=0,059$ ), αποφυγή CAQ ( $r.=-0,078$  και  $P=0,057$ ) και φόβος για δριμύ πόνο ( $r.=-0,077$  και  $P=0,061$ )

### **Συσχετίσεις της οικογενειακού περιβάλλοντος (FES total)**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του συνολικού βαθμού του οικογενειακού περιβάλλοντος και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ( $P<0,001$ )

συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού του οικογενειακού περιβάλλοντος και των : σωματοποίηση SCL-90 ( $r.=-0,150$  και  $P=0,000$ ), ψυχαναγκαστικότητα SCL-90 ( $r.=-0,172$  και  $P=0,000$ ), διαπροσωπική ευαισθησία SCL-90 ( $r.=-0,163$  και  $P=0,000$ ), κατάθλιψη SCL-90 ( $r.=-0,212$  και  $P=0,000$ ), άγχος SCL-90 ( $r.=-0,167$  και  $P=0,000$ ), φοβικό άγχος SCL-90 ( $r.=-0,131$  και  $P=0,001$ ), πάρανοειδής ιδεασμός SCL-90 ( $r.=-0,149$  και  $P=0,000$ ), ψυχωτισμός SCL-90 ( $r.=-0,137$  και  $P=0,001$ ), ΓΔΣ SCL-90 ( $r.=-0,191$  και  $P=0,000$ ), ΔΕΘΣ SCL-90 ( $r.=-0,156$  και  $P=0,000$ ), ΣΘΣ SCL-90 ( $r.=-0,166$  και  $P=0,000$ ), παρορμητική εχθρότητα ( $r.=-0,134$  και  $P=0,001$ ), αυτοεπίκριση HDHQ ( $r.=-0,140$  και  $P=0,001$ ), ενοχή HDHQ ( $r.=-0,194$  και  $P=0,000$ ), ενδοστρεφής εχθρότητα HDHQ ( $r.=-0,180$  και  $P=0,000$ ) και ολική εχθρότητα HDHQ ( $r.=-0,160$  και  $P=0,000$ ),

Επίσης, προέκυψε πολύ σημαντική ( $P<0,01$ ) στατιστικά συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού του οικογενειακού περιβάλλοντος και των: επιθετικότητα SCL-90 ( $r.=-0,111$  και  $P=0,007$ ), εξωστρεφής εχθρότητα HDHQ ( $r.=-0,109$  και  $P=0,008$ ) και αποφυγή CAQ ( $r.=-0,116$  και  $P=0,005$ ).

Στατιστικά σημαντική ( $P<0,05$ ) συσχέτιση, πάρατηρήθηκε μεταξύ του συνολικού βαθμού του οικογενειακού περιβάλλοντος και των: γνωστικό άγχος PASS-20 ( $r.=-0,104$  και  $P=0,011$ ), επίκριση από άλλους HDHQ ( $r.=-0,090$  και  $P=0,029$ ) και φόβος για ιατρογενή πόνο ( $r.=-0,088$  και  $P=0,032$ ).

Τέλος, στατιστικά ενδεικτικά σημαντική συσχέτιση ( $P<0,10$ ) προέκυψε μεταξύ του συνολικού βαθμού του οικογενειακού περιβάλλοντος και των: αποφυγή PASS ( $r.=-0,080$  και  $P=0,052$ ), συνολικός βαθμός PASS-20 ( $r.=-0,074$  και  $P=0,072$ ) και φόβος για ελαφρύ πόνο ( $r.=-0,073$  και  $P=0,074$ ).

## **Συσχέτιση με το συντελεστή $r$ του Pearson, στα άτομα που βίωσαν στρεσογόνο γεγονός στην παιδική τους ηλικία**

### **Συσχετίσεις των ερωτηματολογίων**

#### **Συσχετίσεις των αγχωδών συμπτωμάτων του πόνου του PASS-20 (PASS-20 total)**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του συνολικού βαθμού του PASS-20 και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ( $P<0,001$ ) συσχέτιση ανάμεσα στο συνολικό βαθμό του PASS-20 και των: συνολικός βαθμός του CAQ ( $r.=0,557$  και  $P=0,000$ ), συνολικός βαθμός του FPQ-III ( $r.=0,521$  και  $P=0,000$ ), σωματοποίηση SCL-90 ( $r.=0,473$  και  $P=0,000$ ), ψυχαναγκαστικότητα SCL-90 ( $r.=0,490$  και  $P=0,000$ ),

διαπροσωπική ευαισθησία SCL-90 ( $r.=0,388$  και  $P=0,000$ ), κατάθλιψη SCL-90 ( $r.=0,428$  και  $P=0,000$ ), άγχος SCL-90 ( $r.=0,479$  και  $P=0,000$ ), επιθετικότητα SCL-90 ( $r.=0,305$  και  $P=0,000$ ), φοβικό άγχος SCL-90 ( $r.=0,408$  και  $P=0,000$ ), παράνοειδής ιδεασμός SCL-90 ( $r.=0,369$  και  $P=0,000$ ), ψυχωτισμός SCL-90 ( $r.=0,344$  και  $P=0,000$ ), ΓΔΣ SCL-90 ( $r.=0,503$  και  $P=0,000$ ), ΔΕΘΣ SCL-90 ( $r.=0,359$  και  $P=0,000$ ), ΣΘΣ SCL-90 ( $r.=0,511$  και  $P=0,000$ ), επίκριση από άλλους HDHQ ( $r.=0,367$  και  $P=0,000$ ), παράνοειδής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,281$  και  $P=0,000$ ), αυτοεπίκριση ( $r.=0,265$  και  $P=0,000$ ), ενοχή HDHQ ( $r.=0,261$  και  $P=0,000$ ), εξωστρεφής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,367$  και  $P=0,000$ ), ενδοστρεφής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,294$  και  $P=0,000$ ), ολική εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,390$  και  $P=0,001$ ), εκφραστικότητα του οικογενειακού συστήματος ( $r.=-0,198$  και  $P=0,001$ ) και τέλος σύγκρουση του οικογενειακού συστήματος ( $r.=0,199$  και  $P=0,001$ ).

Στατιστικά πολύ σημαντική ( $P<0,01$ ) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ του συνολικού βαθμού του *PASS-20* και των: παρορμητική εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,179$  και  $P=0,002$ ) και πνευματικός-πολιτιστικός προσανατολισμός της οικογένειας ( $r.=-0,179$  και  $P=0,002$ ).

Στατιστικά σημαντική ( $P<0,05$ ) συσχέτιση, επίσης, ανεβρέθηκε μεταξύ συνολικού βαθμού του *PASS-20* και των: προσανατολισμός για επιτεύγματα ( $r.=0,126$  και  $P=0,030$ ), προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία ( $r.=-0,118$  και  $P=0,041$ ) και τέλος ηθική και θρησκευτικότητα ( $r.=0,147$  και  $P=0,011$ ).

Επιπλέον από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του συνολικού βαθμού του *PASS-20* και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση ( $0,001 < P < 0,099$ ) μεταξύ του συνολικού βαθμού του *PASS-20* και του ναρκισσισμού ( $r.=0,015$  και  $P=0,798$ ).

### ***Συσχετίσεις της σωματικής ευαισθησίας στο άγχος με επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία του CAQ (CAQ total)***

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του συνολικού βαθμού του CAQ και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ( $P<0,001$ ) συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού του CAQ και των: συνολικός βαθμός *PASS-20* ( $r.=0,557$  και  $P=0,000$ ), συνολικός βαθμός του FPQ-III ( $r.=0,438$  και  $P=0,000$ ), σωματοποίηση SCL-90 ( $r.=0,521$  και  $P=0,000$ ), ψυχαναγκαστικότητα SCL-90 ( $r.=0,423$  και  $P=0,000$ ), διαπροσωπική ευαισθησία SCL-90 ( $r.=0,371$  και  $P=0,000$ ), κατάθλιψη SCL-90 ( $r.=0,407$  και  $P=0,000$ ), άγχος SCL-90 ( $r.=0,547$  και  $P=0,000$ ), επιθετικότητα

SCL-90 ( $r.=0,321$  και  $P=0,000$ ), φοβικό άγχος SCL-90 ( $r.=0,464$  και  $P=0,000$ ), παράνοειδής ιδεασμός SCL-90 ( $r.=0,418$  και  $P=0,000$ ), ψυχωτισμός SCL-90 ( $r.=0,418$  και  $P=0,000$ ), ΓΔΣ SCL-90 ( $r.=0,529$  και  $P=0,000$ ), ΔΕΘΣ SCL-90 ( $r.=0,340$  και  $P=0,000$ ), ΣΘΣ SCL-90 ( $r.=0,543$  και  $P=0,000$ ), επίκριση από άλλους HDHQ ( $r.=0,312$  και  $P=0,000$ ), παρορμητική εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,223$  και  $P=0,000$ ), παράνοειδής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,323$  και  $P=0,000$ ), αυτοεπίκριση ( $r.=0,288$  και  $P=0,000$ ), ενοχή HDHQ ( $r.=0,314$  και  $P=0,000$ ), εξωστρεφής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,377$  και  $P=0,000$ ), ενδοστρεφής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,355$  και  $P=0,000$ ) και ολική εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,416$  και  $P=0,001$ ).

Στατιστικά πολύ σημαντική ( $P<0,01$ ) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ του συνολικού βαθμού του CAQ και των: σύγκρουση του οικογενειακού συστήματος ( $r.=0,167$  και  $P=0,004$ ), πνευματικός-πολιτιστικός προσανατολισμός της οικογένειας ( $r.=-0,153$  και  $P=0,008$ ) και ηθική και θρησκευτικότητα της οικογένειας ( $r.=-0,159$  και  $P=0,006$ ).

Στατιστικά σημαντική ( $P<0,05$ ) συσχέτιση, παράτηρήθηκε μεταξύ συνολικού βαθμού του CAQ και της εκφραστικότητας του οικογενειακού συστήματος ( $r.=-0,136$  και  $P=0,019$ ).

Επίσης, προέκυψε στατιστικά ενδεικτικά σημαντική συσχέτιση ( $P<0,10$ ) μεταξύ του συνολικού βαθμού του CAQ και των: συνοχής του οικογενειακού συστήματος ( $r.=-0,106$  και  $P=0,067$ ) και προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγία ( $r.=-0,105$  και  $P=0,069$ ).

Επιπλέον από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του συνολικού βαθμού του CAQ και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση ( $0,001 < P < 0,099$ ) μεταξύ του συνολικού βαθμού του CAQ και του ναρκισσισμού ( $r.=0,015$  και  $P=0,795$ ).

### **Συσχετίσεις του φόβου του πόνου του FPQ-III (FPQ-III total )**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του συνολικού βαθμού του FPQ-III και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ( $P<0,001$ ) συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού του FPQ-III και των: συνολικός βαθμός PASS-20 ( $r.=0,557$  και  $P=0,000$ ), συνολικός βαθμός του CAQ ( $r.=0,438$  και  $P=0,000$ ), σωματοποίηση SCL-90 ( $r.=0,327$  και  $P=0,000$ ), ψυχαναγκαστικότητα SCL-90 ( $r.=0,352$  και  $P=0,000$ ), διαπροσωπική ευαισθησία SCL-90 ( $r.=0,273$  και  $P=0,000$ ), κατάθλιψη SCL-90 ( $r.=0,268$  και  $P=0,000$ ), άγχος SCL-90 ( $r.=0,342$  και  $P=0,000$ ), επιθετικότητα SCL-90 ( $r.=0,276$  και  $P=0,000$ ), φοβικό άγχος SCL-90 ( $r.=0,325$  και  $P=0,000$ ),

πάρανοειδής ιδεασμός SCL-90 ( $r.=0,285$  και  $P=0,000$ ), ψυχωτισμός SCL-90 ( $r.=0,235$  και  $P=0,000$ ), ΓΔΣ SCL-90 ( $r.=0,354$  και  $P=0,000$ ), ΔΕΘΣ SCL-90 ( $r.=0,213$  και  $P=0,000$ ), ΣΘΣ SCL-90 ( $r.=0,380$  και  $P=0,000$ ), επίκριση από άλλους HDHQ ( $r.=0,246$  και  $P=0,000$ ), πάρανοειδής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,198$  και  $P=0,001$ ), αυτοεπίκριση ( $r.=0,185$  και  $P=0,001$ ), εξωστρεφής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,256$  και  $P=0,000$ ), ενδοστρεφής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,196$  και  $P=0,001$ ) και ολική εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,267$  και  $P=0,000$ ).

Στατιστικά πολύ σημαντική ( $P<0,01$ ) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ του συνολικού βαθμού του *FPQ-III* και των: ενοχή HDHQ ( $r.=0,162$  και  $P=0,005$ ) και εκφραστικότητα του οικογενειακού συστήματος ( $r.=-0,173$  και  $P=0,003$ ).

Στατιστικά σημαντική ( $P<0,05$ ) συσχέτιση, παράτηρήθηκε μεταξύ συνολικού βαθμού του *FPQ-III* και των: παρορμητική εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,132$  και  $P=0,022$ ), προσανατολισμός για επιτεύγματα της οικογένειας ( $r.=0,118$  και  $P=0,041$ ) πνευματικός-πολιτιστικός προσανατολισμός του οικογενειακού συστήματος ( $r.=-0,127$  και  $P=0,028$ ) και ηθική και θρησκευτικότητα ( $r.=0,132$  και  $P=0,023$ ).

Επίσης, προέκυψε στατιστικά ενδεικτικά σημαντική συσχέτιση ( $P<0,10$ ) μεταξύ του συνολικού βαθμού του *FPQ-III* και του προσανατολισμού για ενεργό ψυχαγωγία ( $r.=-0,101$  και  $P=0,082$ ).

Επιπλέον από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του συνολικού βαθμού του *FPQ-III* και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση ( $0,001 < P < 0,099$ ) μεταξύ του συνολικού βαθμού του *FPQ-III* και του ναρκισσισμού ( $r.=0,014$  και  $P=0,804$ ).

### **Συσχετίσεις της επιθετικότητας HDHQ (HDHQ total)**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της ολικής εχθρότητας και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ( $P<0,001$ ) συσχέτιση μεταξύ της ολικής εχθρότητας HDHQ και των: αποφυγή *PASS-2020* ( $r.=0,268$  και  $P=0,000$ ), φοβικές σκέψεις *PASS-20 20* ( $r.=0,357$  και  $P=0,000$ ), γνωστικό άγχος *PASS-20* ( $r.=0,394$  και  $P=0,000$ ), σωματικές αντιδράσεις *PASS-20 20* ( $r.=0,339$  και  $P=0,000$ ), συνολικός βαθμός *PASS-20* ( $r.=0,390$  και  $P=0,000$ ), σωματοποίηση SCL-90 ( $r.=0,476$  και  $P=0,000$ ), ψυχαναγκαστικότητα SCL-90 ( $r.=0,621$  και  $P=0,000$ ), διαπροσωπική ευαισθησία SCL-90 ( $r.=0,648$  και  $P=0,000$ ), κατάθλιψη SCL-90 ( $r.=0,642$  και  $P=0,000$ ), άγχος SCL-90 ( $r.=0,611$  και  $P=0,000$ ), επιθετικότητα SCL-90 ( $r.=0,577$  και  $P=0,000$ ), φοβικό άγχος SCL-90 ( $r.=0,450$  και  $P=0,000$ ),

πάρανοειδής ιδεασμός SCL-90 ( $r.=0,690$  και  $P=0,000$ ), ψυχωτισμός SCL-90 ( $r.=0,648$  και  $P=0,000$ ), ΓΔΣ SCL-90 ( $r.=0,712$  και  $P=0,000$ ), ΔΕΘΣ SCL-90 ( $r.=0,514$  και  $P=0,000$ ), ΣΘΣ SCL-90 ( $r.=0,698$  και  $P=0,000$ ), φόβος CAQ ( $r.=0,381$  και  $P=0,000$ ), αποφυγή CAQ ( $r.=0,210$  και  $P=0,000$ ), προσοχή CAQ ( $r.=0,310$  και  $P=0,000$ ), συνολικός βαθμός CAQ ( $r.=0,416$  και  $P=0,000$ ), φόβος για ελαφρύ πόνο ( $r.=0,249$  και  $P=0,000$ ), φόβος για δριμύ πόνο ( $r.=0,148$  και  $P=0,000$ ), φόβος για ιατρογενή πόνο ( $r.=0,300$  και  $P=0,000$ ), συνολικός βαθμός FPQ-III ( $r.=0,267$  και  $P=0,000$ ), συνοχή FES ( $r.=-0,279$  και  $P=0,000$ ), εκφραστικότητα FES ( $r.=-0,242$  και  $P=0,000$ ), σύγκρουση FES ( $r.=0,348$  και  $P=0,000$ ), ανεξαρτησία FES ( $r.=-0,190$  και  $P=0,001$ ), πνευματικός-πολιτιστικός προσανατολισμός FES ( $r.=-0,263$  και  $P=0,000$ ), ενεργό ψυχαγωγία FES ( $r.=-0,186$  και  $P=0,000$ ) οργάνωση FES ( $r.=-0,200$  και  $P=0,001$ ), και τέλος συνολικός βαθμός FES ( $r.=-0,196$  και  $P=0,001$ ).

### **Συσχετίσεις του ναρκισσισμού NPI**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του ναρκισσισμού και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ( $P<0,001$ ) συσχέτιση μεταξύ του ναρκισσισμού και των : παρορμητική εχθρότητα ( $r.=0,290$  και  $P=0,000$ ), αυτοεπίκριση ( $r.=-0,264$  και  $P=0,000$ ), εξωστρεφής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,223$  και  $P=0,000$ ) και ενδοστρεφής εχθρότητα HDHQ ( $r.=-0,244$  και  $P=0,000$ ).

Επίσης, προέκυψε πολύ σημαντική ( $P<0,01$ ) στατιστικά συσχέτιση μεταξύ του ναρκισσισμού και των: επιθετικότητα SCL-90 ( $r.=0,155$  και  $P=0,007$ ), επίκριση από άλλους HDHQ ( $r.=0,159$  και  $P=0,006$ ), ενοχή HDHQ ( $r.=-0,159$  και  $P=0,006$ ) σύγκρουση FES ( $r.=0,175$  και  $P=0,002$ ), ανεξαρτησία FES ( $r.=0,178$  και  $P=0,002$ ) και προσανατολισμός για επιτεύγματα FES ( $r.=0,158$  και  $P=0,006$ ).

Στατιστικά σημαντική ( $P<0,05$ ) συσχέτιση, παρατηρήθηκε μεταξύ του ναρκισσισμού και της συνοχή FES ( $r.=-0,129$  και  $P=0,026$ )

Τέλος, στατιστικά ενδεικτικά σημαντική συσχέτιση ( $P<0,10$ ) προέκυψε μεταξύ του ναρκισσισμού και των: παράνοειδη ιδεασμός ( $r.=0,099$  και  $P=0,086$ ), ψυχωτισμό SCL-90 ( $r.=0,099$  και  $P=0,089$ ), ΔΕΘΣ SCL-90 ( $r.=0,100$  και  $P=0,083$ ), ηθική και θρησκευτικότητα ( $r.=-0,111$  και  $P=0,056$ ) και οργάνωση FES ( $r.=-0,105$  και  $P=0,071$ ).

### **Συσχετίσεις της οικογενειακού περιβάλλοντος (FES total)**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του συνολικού βαθμού του οικογενειακού περιβάλλοντος και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ( $P < 0,001$ ) συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού του οικογενειακού περιβάλλοντος και των : σωματοποίηση SCL-90 ( $r. = -0,182$  και  $P = 0,000$ ), ψυχαναγκαστικότητα SCL-90 ( $r. = -0,201$  και  $P = 0,000$ ), κατάθλιψη SCL-90 ( $r. = -0,235$  και  $P = 0,000$ ), άγχος SCL-90 ( $r. = -0,194$  και  $P = 0,001$ ), ΓΔΣ SCL-90 ( $r. = -0,207$  και  $P = 0,000$ ), ΣΘΣ SCL-90 ( $r. = -0,166$  και  $P = 0,000$ ), ενοχή HDHQ ( $r. = -0,212$  και  $P = 0,000$ ), ενδοστρεφής εχθρότητα HDHQ ( $r. = -0,200$  και  $P = 0,001$ ) και ολική εχθρότητα HDHQ ( $r. = -0,196$  και  $P = 0,001$ ).

Επίσης, προέκυψε πολύ σημαντική ( $P < 0,01$ ) στατιστικά συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού του οικογενειακού περιβάλλοντος και των: διαπροσωπική ευαισθησία SCL-90 ( $r. = -0,180$  και  $P = 0,002$ ), φοβικό άγχος SCL-90 ( $r. = -0,158$  και  $P = 0,006$ ), παράνοειδής ιδεασμός SCL-90 ( $r. = -0,156$  και  $P = 0,007$ ), ΔΕΘΣ SCL-90 ( $r. = -0,154$  και  $P = 0,008$ ), παρορμητική εχθρότητα ( $r. = -0,178$  και  $P = 0,002$ ) και αυτοεπίκριση HDHQ ( $r. = -0,154$  και  $P = 0,008$ ).

Στατιστικά σημαντική ( $P < 0,05$ ) συσχέτιση, παρατηρήθηκε μεταξύ του συνολικού βαθμού του οικογενειακού περιβάλλοντος και των: επιθετικότητα SCL-90 ( $r. = -0,122$  και  $P = 0,035$ ), ψυχωτισμός SCL-90 ( $r. = -0,147$  και  $P = 0,011$ ), επίκριση από άλλους HDHQ ( $r. = -0,129$  και  $P = 0,026$ ) και εξωστρεφής εχθρότητα HDHQ ( $r. = -0,147$  και  $P = 0,011$ )

Τέλος, στατιστικά ενδεικτικά σημαντική συσχέτιση ( $P < 0,10$ ) προέκυψε μεταξύ του συνολικού βαθμού του οικογενειακού περιβάλλοντος και του φόβου του ιατρογενή πόνου ( $r. = -0,111$  και  $P = 0,054$ )

### **Συσχέτιση με το συντελεστή $r$ του Pearson, στα άτομα που δεν βίωσαν στρεσογόνο γεγονός στην παιδική τους ηλικία**

#### **Συσχετίσεις των ερωτηματολογίων**

#### **Συσχετίσεις των αγχωδών συμπτωμάτων του πόνου του PASS-20 (PASS-20 total)**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του συνολικού βαθμού του PASS-20 και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ( $P < 0,001$ ) συσχέτιση ανάμεσα στο συνολικό βαθμό του PASS-20 και των: συνολικός βαθμός του CAQ ( $r. = 0,576$  και  $P = 0,000$ ), συνολικός βαθμός του FPQ-III ( $r. = 0,554$  και  $P = 0,000$ ), σωματοποίηση SCL-90

( $r.=0,430$  και  $P=0,000$ ), ψυχαναγκαστικότητα SCL-90 ( $r.=0,508$  και  $P=0,000$ ), διαπροσωπική ευαισθησία SCL-90 ( $r.=0,547$  και  $P=0,000$ ), κατάθλιψη SCL-90 ( $r.=0,494$  και  $P=0,000$ ), άγχος SCL-90 ( $r.=0,480$  και  $P=0,000$ ), επιθετικότητα SCL-90 ( $r.=0,311$  και  $P=0,000$ ), φοβικό άγχος SCL-90 ( $r.=0,459$  και  $P=0,000$ ), παράνοειδής ιδεασμός SCL-90 ( $r.=0,356$  και  $P=0,000$ ), ψυχωτισμός SCL-90 ( $r.=0,442$  και  $P=0,000$ ), ΓΔΣ SCL-90 ( $r.=0,537$  και  $P=0,000$ ), ΔΕΘΣ SCL-90 ( $r.=0,296$  και  $P=0,000$ ), ΣΘΣ SCL-90 ( $r.=0,559$  και  $P=0,000$ ), επίκριση από άλλους HDHQ ( $r.=0,194$  και  $P=0,001$ ), παράνοειδής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,193$  και  $P=0,001$ ), αυτοεπίκριση ( $r.=0,343$  και  $P=0,000$ ), ενοχή HDHQ ( $r.=0,267$  και  $P=0,000$ ), εξωστρεφής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,213$  και  $P=0,000$ ), ενδοστρεφής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,339$  και  $P=0,000$ ), ολική εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,306$  και  $P=0,000$ ), εκφραστικότητα FES ( $r.=-0,196$  και  $P=0,001$ ), σύγκρουση FES ( $r.=0,274$  και  $P=0,000$ ), πνευματικός-πολιτιστικός προσανατολισμός FES ( $r.=-0,230$  και  $P=0,000$ ) και ενεργό ψυχαγωγία FES ( $r.=-0,254$  και  $P=0,000$ ).

Στατιστικά πολύ σημαντική ( $P<0,01$ ) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ του συνολικού βαθμού του *PASS-20* και των: παρορμητική εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,134$  και  $P=0,021$ ) και ανεξαρτησία FES ( $r.=-0,174$  και  $P=0,003$ )

Στατιστικά σημαντική ( $P<0,05$ ) συσχέτιση, παράτηρήθηκε μεταξύ συνολικού βαθμού του *PASS-20* και των: συνοχή FES ( $r.=-0,141$  και  $P=0,0015$ ) ηθική και θρησκευτικότητα FES ( $r.=0,120$  και  $P=0,040$ ), έλεγχος FES ( $r.=0,115$  και  $P=0,048$ ) και τέλος συνολικός βαθμός του FES ( $r.=-0,115$  και  $P=0,049$ )

Επιπλέον, από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του συνολικού βαθμού του *PASS-20* και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση ( $0,001 < P < 0,099$ ) μεταξύ του συνολικού βαθμού του *PASS-20* και του ναρκισσισμού ( $r.=-0,067$  και  $P=0,252$ ).

### **Συσχετίσεις της σωματικής ευαισθησίας στο άγχος με επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία του CAQ (CAQ total)**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του συνολικού βαθμού του CAQ και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ( $P<0,001$ ) συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού του CAQ και των: συνολικός βαθμός *PASS-20* ( $r.=0,576$  και  $P=0,000$ ), συνολικός βαθμός του FPQ-III ( $r.=0,499$  και  $P=0,000$ ), σωματοποίηση SCL-90 ( $r.=0,499$  και  $P=0,000$ ), ψυχαναγκαστικότητα SCL-90 ( $r.=0,504$  και  $P=0,000$ ), διαπροσωπική ευαισθησία SCL-90 ( $r.=0,503$  και  $P=0,000$ ), κατάθλιψη SCL-90 ( $r.=0,433$  και  $P=0,000$ ), άγχος SCL-90 ( $r.=0,484$  και  $P=0,000$ ), επιθετικότητα



SCL-90 ( $r.=0,287$  και  $P=0,000$ ), φοβικό άγχος SCL-90 ( $r.=0,478$  και  $P=0,000$ ), παράνοειδής ιδεασμός SCL-90 ( $r.=0,395$  και  $P=0,000$ ), ψυχωτισμός SCL-90 ( $r.=0,511$  και  $P=0,000$ ), ΓΔΣ SCL-90 ( $r.=0,555$  και  $P=0,000$ ), ΔΕΘΣ SCL-90 ( $r.=0,314$  και  $P=0,000$ ), ΣΘΣ SCL-90 ( $r.=0,564$  και  $P=0,000$ ), επίκριση από άλλους HDHQ ( $r.=0,280$  και  $P=0,000$ ), παράνοειδής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,258$  και  $P=0,000$ ), αυτοεπίκριση ( $r.=0,368$  και  $P=0,000$ ), ενοχή HDHQ ( $r.=0,330$  και  $P=0,000$ ), εξωστρεφής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,279$  και  $P=0,000$ ), ενδοστρεφής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,383$  και  $P=0,000$ ) και ολική εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,373$  και  $P=0,000$ ) σύγκρουση FES ( $r.=0,203$  και  $P=0,000$ ) και ανεξαρτησία FES ( $r.=0,198$  και  $P=0,001$ ).

Στατιστικά πολύ σημαντική ( $P<0,01$ ) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ του συνολικού βαθμού του CAQ και των: εκφραστικότητα FES ( $r.=0,153$  και  $P=0,009$ ), προσανατολισμός για επιτεύγματα FES ( $r.=0,159$  και  $P=0,006$ ), ενεργό ψυχαγωγία FES ( $r.=0,178$  και  $P=0,002$ ), ηθική και θρησκευτικότητα FES ( $r.=0,179$  και  $P=0,002$ ) και έλεγχος FES ( $r.=0,179$  και  $P=0,002$ ).

Στατιστικά σημαντική ( $P<0,05$ ) συσχέτιση, παράτηρήθηκε μεταξύ συνολικού βαθμού του CAQ και των: παρορμητική εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,142$  και  $P=0,015$ ), συνοχή FES ( $r.=0,137$  και  $P=0,019$ ) και τέλος πνευματικός-πολιτιστικός προσανατολισμός FES ( $r.=0,118$  και  $P=0,042$ ).

Επίσης, προέκυψε στατιστικά ενδεικτικά σημαντική συσχέτιση ( $P<0,10$ ) μεταξύ του συνολικού βαθμού του CAQ και του ναρκισσισμός ( $r.=0,098$  και  $P=0,094$ ).

### **Συσχετίσεις του φόβου του πόνου του FPQ-III (FPQ-III total )**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του συνολικού βαθμού του FPQ-III και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ( $P<0,001$ ) συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού του FPQ-III και των: συνολικός βαθμός PASS-20 ( $r.=0,554$  και  $P=0,000$ ), συνολικός βαθμός του CAQ ( $r.=0,499$  και  $P=0,000$ ), σωματοποίηση SCL-90 ( $r.=0,352$  και  $P=0,000$ ), ψυχαναγκαστικότητα SCL-90 ( $r.=0,415$  και  $P=0,000$ ), διαπροσωπική ευαισθησία SCL-90 ( $r.=0,431$  και  $P=0,000$ ), κατάθλιψη SCL-90 ( $r.=0,372$  και  $P=0,000$ ), άγχος SCL-90 ( $r.=0,358$  και  $P=0,000$ ), επιθετικότητα SCL-90 ( $r.=0,268$  και  $P=0,000$ ), φοβικό άγχος SCL-90 ( $r.=0,349$  και  $P=0,000$ ), παράνοειδής ιδεασμός SCL-90 ( $r.=0,355$  και  $P=0,000$ ), ψυχωτισμός SCL-90 ( $r.=0,377$  και  $P=0,000$ ), ΓΔΣ SCL-90 ( $r.=0,428$  και  $P=0,000$ ), ΔΕΘΣ SCL-90 ( $r.=0,199$  και  $P=0,001$ ), ΣΘΣ SCL-90 ( $r.=0,465$  και  $P=0,000$ ), επίκριση από άλλους HDHQ ( $r.=0,234$  και  $P=0,000$ ), αυτοεπίκριση ( $r.=0,265$  και  $P=0,000$ ),

ενοχή HDHQ ( $r.=0,238$  και  $P=0,000$ ) εξωστρεφής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,197$  και  $P=0,001$ ), ενδοστρεφής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,277$  και  $P=0,000$ ), ολική εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,266$  και  $P=0,000$ ), εκφραστικότητα FES ( $r.=-0,228$  και  $P=0,000$ ), σύγκρουση FES ( $r.=0,189$  και  $P=0,001$ ) και ενεργό ψυχαγωγία ( $r.=-0,194$  και  $P=0,001$ ).

Στατιστικά πολύ σημαντική ( $P<0,01$ ) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ του συνολικού βαθμού του *FPQ-III* και των: παράνοειδής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,162$  και  $P=0,005$ ), ανεξαρτησία FES ( $r.=-0,165$  και  $P=0,005$ ), προσανατολισμός για επιτεύγματα FES ( $r.=0,177$  και  $P=0,002$ ) και τέλος πνευματικός-πολιτιστικός προσανατολισμός FES ( $r.=-0,155$  και  $P=0,008$ )

Στατιστικά σημαντική ( $P<0,05$ ) συσχέτιση, παράτηρήθηκε μεταξύ του συνολικού βαθμού του *FPQ-III* και των: παρορμητική εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,132$  και  $P=0,022$ ), συνοχή FES ( $r.=-0,140$  και  $P=0,016$ ) και ηθική και θρησκευτικότητα FES ( $r.=0,123$  και  $P=0,035$ ).

Επιπλέον από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του συνολικού βαθμού του *FPQ-III* και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση ( $0,001 < P < 0,099$ ) μεταξύ του συνολικού βαθμού του *FPQ-III* και του ναρκισσισμού ( $r.=-0,027$  και  $P=0,649$ ).

### **Συσχετίσεις της επιθετικότητας HDHQ (HDHQ total)**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ της ολικής εχθρότητας και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ( $P<0,001$ ) συσχέτιση μεταξύ της ολικής εχθρότητας HDHQ και των: αποφυγή *PASS-2020* ( $r.=0,197$  και  $P=0,000$ ), φοβικές σκέψεις *PASS-20 20* ( $r.=0,353$  και  $P=0,000$ ), γνωστικό άγχος *PASS-20* ( $r.=0,267$  και  $P=0,000$ ), σωματικές αντιδράσεις *PASS-20 20* ( $r.=0,235$  και  $P=0,000$ ), συνολικός βαθμός *PASS-20* ( $r.=0,306$  και  $P=0,000$ ), σωματοποίηση *SCL-90* ( $r.=0,426$  και  $P=0,000$ ), ψυχαναγκαστικότητα *SCL-90* ( $r.=0,529$  και  $P=0,000$ ), διαπροσωπική ευαισθησία *SCL-90* ( $r.=0,558$  και  $P=0,000$ ), κατάθλιψη *SCL-90* ( $r.=0,575$  και  $P=0,000$ ), άγχος *SCL-90* ( $r.=0,554$  και  $P=0,000$ ), επιθετικότητα *SCL-90* ( $r.=0,543$  και  $P=0,000$ ), φοβικό άγχος *SCL-90* ( $r.=0,459$  και  $P=0,000$ ), παράνοειδής ιδεασμός *SCL-90* ( $r.=0,569$  και  $P=0,000$ ), ψυχωτισμός *SCL-90* ( $r.=0,504$  και  $P=0,000$ ), *ΓΔΣ SCL-90* ( $r.=0,627$  και  $P=0,000$ ), *ΔΕΘΣ SCL-90* ( $r.=0,423$  και  $P=0,000$ ), *ΣΘΣ SCL-90* ( $r.=0,615$  και  $P=0,000$ ), φόβος *CAQ* ( $r.=0,371$  και  $P=0,000$ ), αποφυγή *CAQ* ( $r.=0,207$  και  $P=0,000$ ), προσοχή *CAQ*

( $r.=0,286$  και  $P=0,000$ ), συνολικός βαθμός CAQ ( $r.=0,373$  και  $P=0,000$ ), φόβος για ελαφρύ πόνο ( $r.=0,308$  και  $P=0,000$ ), φόβος για δριμύ πόνο ( $r.=0,135$  και  $P=0,000$ ), φόβος για ιατρογενή πόνο ( $r.=0,288$  και  $P=0,000$ ), συνολικός βαθμός FPQ-III ( $r.=0,266$  και  $P=0,000$ ), ναρκισσισμός ( $r.=0,256$  και  $P=0,000$ ), συνοχή FES ( $r.=-0,281$  και  $P=0,000$ ), εκφραστικότητα FES ( $r.=-0,291$  και  $P=0,000$ ), σύγκρουση FES ( $r.=0,419$  και  $P=0,000$ ), ανεξαρτησία FES ( $r.=-0,224$  και  $P=0,000$ ), πνευματικός-πολιτιστικός προσανατολισμός FES ( $r.=-0,257$  και  $P=0,000$ ), ενεργό ψυχαγωγία FES ( $r.=-0,229$  και  $P=0,000$ ) και τέλος συνολικός βαθμός FES ( $r.=-0,160$  και  $P=0,000$ ).

Στατιστικά πολύ σημαντική ( $P<0,01$ ) συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της ολικής εχθρότητας και των: προσανατολισμός για επιτεύγματα FES ( $r.=0,160$  και  $P=0,006$ ) ηθική και θρησκευτικότητα FES ( $r.=0,177$  και  $P=0,002$ ) και οργάνωση FES ( $r.=-0,183$  και  $P=0,002$ ),

Στατιστικά σημαντική ( $P<0,05$ ) συσχέτιση, ανεβρέθηκε μεταξύ της ολικής εχθρότητας τόσο του ελέγχου FES ( $r.=0,123$  και  $P=0,035$ ), όσο και μεταξύ της ολικής εχθρότητας και του συνολικού βαθμού του FES ( $r.=0,130$  και  $P=0,026$ ).

### **Συσχετίσεις του ναρκισσισμού NPI**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του ναρκισσισμού και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ( $P<0,001$ ) συσχέτιση μεταξύ του ναρκισσισμού και των :επίκριση από άλλους HDHQ ( $r.=0,280$  και  $P=0,000$ ), παρορμητική εχθρότητα ( $r.=0,406$  και  $P=0,000$ ), πάρανοειδής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,278$  και  $P=0,000$ ), εξωστρεφής εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,392$  και  $P=0,000$ ), και ολική εχθρότητα HDHQ ( $r.=0,256$  και  $P=0,000$ ) και σύγκρουση FES ( $r.=0,224$  και  $P=0,000$ ).

Στατιστικά σημαντική ( $P<0,05$ ) συσχέτιση, παρατηρήθηκε μεταξύ του ναρκισσισμού τόσο με την εκφραστικότητα FES ( $r.=-0,117$  και  $P=0,044$ ) όσο και με την οργάνωση FES ( $r.=-0,114$  και  $P=0,049$ ).

Τέλος, στατιστικά ενδεικτικά σημαντική συσχέτιση ( $P<0,10$ ) προέκυψε μεταξύ του ναρκισσισμού και των: αποφυγή CAQ ( $r.=-0,112$  και  $P=0,054$ ), συνολικός βαθμός του CAQ ( $r.=-0,098$  και  $P=0,094$ ) και συνοχή FES ( $r.=-0,097$  και  $P=0,097$ ).

### **Συσχετίσεις της οικογενειακού περιβάλλοντος (FES total)**

Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του συνολικού βαθμού του οικογενειακού περιβάλλοντος και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές προέκυψε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ( $P < 0,001$ ) συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού του οικογενειακού περιβάλλοντος και της κατάθλιψης SCL-90 ( $r. = -0,198$  και  $P = 0,001$ ).

Επίσης, προέκυψε πολύ σημαντική ( $P < 0,01$ ) στατιστικά συσχέτιση μεταξύ του συνολικού βαθμού του οικογενειακού περιβάλλοντος και των: γνωστικό άγχος PASS-20 ( $r. = -0,161$  και  $P = 0,006$ ), ψυχαναγκαστικότητα SCL-90 ( $r. = -0,152$  και  $P = 0,009$ ), διαπροσωπική ευαισθησία SCL-90 ( $r. = -0,157$  και  $P = 0,007$ ), παράνοειδής ιδεασμός SCL-90 ( $r. = -0,154$  και  $P = 0,008$ ), ΓΔΣ SCL-90 ( $r. = -0,177$  και  $P = 0,002$ ), ΔΕΘΣ SCL-90 ( $r. = -0,169$  και  $P = 0,004$ ), ενοχή HDHQ ( $r. = -0,181$  και  $P = 0,002$ ) και ενδοστρεφή εχθρότητα HDHQ ( $r. = -0,166$  και  $P = 0,004$ ).

Στατιστικά σημαντική ( $P < 0,05$ ) συσχέτιση, πάρατηρήθηκε μεταξύ του συνολικού βαθμού του οικογενειακού περιβάλλοντος και των: συνολικός βαθμός PASS-20 ( $r. = -0,115$  και  $P = 0,049$ ), σωματοποίηση SCL-90 ( $r. = -0,124$  και  $P = 0,033$ ), άγχος SCL-90 ( $r. = -0,149$  και  $P = 0,010$ ), ψυχωτισμό SCL-90 ( $r. = -0,133$  και  $P = 0,022$ ), ΣΘΣ SCL-90 ( $r. = -0,135$  και  $P = 0,020$ ), αυτοεπίκριση HDHQ ( $r. = -0,133$  και  $P = 0,022$ ), ολική εχθρότητα HDHQ ( $r. = -0,130$  και  $P = 0,026$ ) και φόβο του δριμύ πόνου ( $r. = -0,136$  και  $P = 0,068$ ).

Τέλος, στατιστικά ενδεικτικά σημαντική συσχέτιση ( $P < 0,10$ ) προέκυψε μεταξύ του συνολικού βαθμού του οικογενειακού περιβάλλοντος και των: αποφυγή PASS ( $r. = -0,102$  και  $P = 0,079$ ), επιθετικότητα SCL-90 ( $r. = -0,104$  και  $P = 0,073$ ) και φοβικό άγχος SCL-90 ( $r. = -0,107$  και  $P = 0,065$ ).

**Πίνακας 16**

Συσχέτιση ανά δύο των δημογραφικών δεδομένων με τα ερωτηματολόγια για το φόβο, το άγχος του πόνου και την επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία και των υποκλιμάκων που εξετάστηκαν με τον παράμετρικό συντελεστή συσχέτισης r του Pearson, στο σύνολο των 595 εξετασθέντων.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ												
	ΑΠΟΦΥΓΗ PASS	ΦΟΒΙΚΕΣ ΣΚΕΨΕΙΣ PASS	ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ PASS	ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ PASS	TOTAL PASS	ΦΟΒΟΣ ΣΑΦ	ΑΠΟΦΥΓΗ ΣΑΦ	ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΑΦ	TOTAL ΣΑΦ	FRQ-III ΕΛΑΡΦΥΣ ΠΟΝΟΣ	FRQ-III ΔΡΙΜΥΣ ΠΟΝΟΣ	FRQ-III ΙΑΤΡΟΓΕΝΗΣ ΠΟΝΟΣ	TOTAL FRQ-III
<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>	-,040	,073 <sup>MS</sup>	- ,109 <sup>**</sup>	,000	-,025	,067	,025	,003	,051	,018	-,090 <sup>*</sup>	- ,140 <sup>***</sup>	-,090 <sup>*</sup>
<b>ΦΥΛΟ</b>	,194 <sup>***</sup>	,146 <sup>***</sup>	,135 <sup>***</sup>	,223 <sup>***</sup>	,200 <sup>***</sup>	0,54	,085 <sup>*</sup>	,018	,069 <sup>MS</sup>	,040	,125 <sup>**</sup>	,170 <sup>***</sup>	,137 <sup>**</sup>
<b>ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</b>	-,029	,067	- ,072 <sup>MS</sup>	,026	-,004	,052	,028	-,028	-,033	,022	-,048	-,101 <sup>*</sup>	-,055
<b>ΔΙΑΜΟΝΗ</b>	-,006	-,241	-,051	-,049	-,042	-,023	-,047	-,026	-,039	-,042	,015	-,019	-,013
<b>ΑΔΕΛΦΙΑ</b>	,003	,053	,042	,039	,039	,078 <sup>MS</sup>	-,030	-,004	,035	,017	,040	,015	,030
<b>ΠΑΙΔΙΑ</b>	-,025	-,074 <sup>MS</sup>	,057	-,047	-,023	- ,116 <sup>**</sup>	-,031	-,023	-,088 <sup>*</sup>	-,058	,061	,044	,027
<b>ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ</b>	,045	-,015	,081 <sup>*</sup>	,011	,036	-,091 <sup>*</sup>	-,034	-,068	-,088 <sup>*</sup>	- ,073 <sup>MS</sup>	,001	,017	-,016
<b>ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ</b>	-,018	-,027	- ,124 <sup>**</sup>	-,062	-,068	- ,069 <sup>MS</sup>	-,030	-,062	- ,071 <sup>MS</sup>	-,095 <sup>*</sup>	- ,078 <sup>MS</sup>	- ,169 <sup>***</sup>	- ,131 <sup>***</sup>
<b>ΦΟΒΑΣΤΕ ΤΟΝ ΠΟΝΟ</b>	- ,277 <sup>***</sup>	,384 <sup>***</sup>	,378 <sup>***</sup>	,331 <sup>**</sup>	,395 <sup>***</sup>	,291 <sup>***</sup>	,151 <sup>***</sup>	,168 <sup>***</sup>	,282 <sup>***</sup>	,223 <sup>***</sup>	,293 <sup>***</sup>	,313 <sup>***</sup>	,327 <sup>***</sup>
<b>ΦΟΒΑΣΤΕ ΜΗΠΩΣ ΑΡΩΣΤΗΣΕΤΕ</b>	- ,208 <sup>***</sup>	,373 <sup>***</sup>	,321 <sup>***</sup>	,258 <sup>***</sup>	,335 <sup>***</sup>	,293 <sup>***</sup>	,132 <sup>***</sup>	,148 <sup>***</sup>	,270 <sup>***</sup>	,171 <sup>***</sup>	,308 <sup>***</sup>	,229 <sup>***</sup>	,286 <sup>***</sup>
<b>ΣΤΡΕΣΟΓΟΝΟ ΓΕΓΟΝΟΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ</b>	-,041	-,147 <sup>***</sup>	,122 <sup>**</sup>	,149 <sup>**</sup>	,131 <sup>***</sup>	-,083 <sup>*</sup>	-,093 <sup>*</sup>	-,094 <sup>*</sup>	,112 <sup>**</sup>	-,038	,122 <sup>**</sup>	,080 <sup>MS</sup>	-,100 <sup>*</sup>

**Πίνακας 17**

Συσχέτιση ανά δύο των δημογραφικών δεδομένων με τα ερωτηματολόγια για το φόβο, το άγχος του πόνου και την επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία και των υποκλιμάκων που εξετάστηκαν με τον παράμετρικό συντελεστή συσχέτισης r του Pearson, σε κάθε ομάδα χωριστά.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ	ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΓΕΓΟΝΟΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΔΕΙΓΜΑ ΜΕ ΘΕΤΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ												
	ΑΠΟΦΥΓΗ PASS	ΦΟΒΙΚΕΣ ΣΚΕΨΕΙΣ PASS	ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ PASS	ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ PASS	TOTAL PASS	ΦΟΒΟΣ ΣΑΦ	ΑΠΟΦΥΓΗ ΣΑΦ	ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΑΦ	TOTAL ΣΑΦ	FRQ-III ΕΛΑΡΦΥΣ ΠΟΝΟΣ	FRQ-III ΔΡΙΜΥΣ ΠΟΝΟΣ	FRQ-III ΙΑΤΡΟΓΕΝΗΣ ΠΟΝΟΣ	TOTAL FRQ-III
ΗΛΙΚΙΑ	,037	,144*	-,045	,042	,049	,050	,016	,009	,034	,026	-,042	-,129*	,062
ΦΥΛΟ	,127*	,096 <sup>MS</sup>	,098 <sup>MS</sup>	,136*	,130*	,048	,045	,029	,056	,008	,062	-,114*	,076
ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	,034	,132*	-,023	,046	,052	,061	,039	,005	,054	,041	-,009	-,073	-,020
ΔΙΑΜΟΝΗ	-,058	-,090	-,108 <sup>MS</sup>	-,075	-,095 <sup>MS</sup>	-,067	-,072	-,015	-,073	-,119*	-,097 <sup>MS</sup>	-,056	-,105 <sup>MS</sup>
ΑΔΕΛΦΙΑ	-,026	,050	,051	,001	,023	,085	-,047	,013	,040	-,008	-,020	,000	-,012
ΠΑΙΔΙΑ	-,086	-,128*	,010	-,099 <sup>MS</sup>	-,085	-,081	-,020	-,029	-,067	-,069	,032	,062	,017
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	-,021	-,005	,089	,005	,022	-,083	-,045	-,082	-,095	-,103 <sup>MS</sup>	-,022	,020	-,035
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	,043	-,079	-,062	-,037	,005	-,087	-,025	-,032	-,074	-,130*	-,019	-,168**	-,117*
ΦΟΒΑΣΤΕ ΤΟΝ ΠΟΝΟ	-,349***	-,391***	-,434***	-,380***	-,445***	-,304***	-,062	-,178**	-,271***	-,189***	-,291***	-,314***	-,319***
ΦΟΒΑΣΤΕ ΜΗΠΩΣ ΑΡΩΣΤΗΣΕΤΕ	-,252***	-,409***	-,348***	-,305***	-,337***	-,319***	-,124*	-,127***	-,315***	-,169**	-,281***	-,222***	-,271***

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ	ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΓΕΓΟΝΟΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΔΕΙΓΜΑ ΜΕ ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ												
	ΑΠΟΦΥΓΗ PASS	ΦΟΒΙΚΕΣ ΣΚΕΨΕΙΣ PASS	ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ PASS	ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ PASS	TOTAL PASS	ΦΟΒΟΣ ΣΑΦ	ΑΠΟΦΥΓΗ ΣΑΦ	ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΑΦ	TOTAL ΣΑΦ	FRQ-III ΕΛΑΡΦΥΣ ΠΟΝΟΣ	FRQ-III ΔΡΙΜΥΣ ΠΟΝΟΣ	FRQ-III ΙΑΤΡΟΓΕΝΗΣ ΠΟΝΟΣ	TOTAL FRQ-III
ΗΛΙΚΙΑ	-,118*	,006	-,175**	-,037	-,099 <sup>MS</sup>	,097 <sup>MS</sup>	,045	,027	,080	,013	-,129*	-,146*	-,112 <sup>MS</sup>
ΦΥΛΟ	,248***	,163**	,146*	,285***	,243***	,041	,101 <sup>MS</sup>	-,016	,056	,060	,152**	,205***	,168**
ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	-,087	,020	-,110 <sup>MS</sup>	,025	-,049	,056	,029	-,053	,028	,007	-,071	-,121*	-,077
ΔΙΑΜΟΝΗ	,046	,009	,009	-,024	,014	,026	-,023	-,044	-,006	,039	,118*	,016	,074
ΑΔΕΛΦΙΑ	,032	,065	,040	,088	,064	,077	-,010	-,018	,036	,044	,098 <sup>MS</sup>	,034	,073
ΠΑΙΔΙΑ	,030	-,039	,094	-,010	,024	-,168**	-,056	-,029	-,126*	-,052	,073	,016	,025
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	,111 <sup>MS</sup>	-,038	,064	,007	,045	-,107 <sup>MS</sup>	-,029	-,059	-,089	-,043	,016	,009	-,002
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	-,074	-,122*	-,176**	-,065	-,130*	-,034	-,019	-,081	-,050	-,052	-,116*	-,159**	-,131*
ΦΟΒΑΣΤΕ ΤΟΝ ΠΟΝΟ	-,196***	-,348***	-,288***	-,241***	-,313***	-,258***	-,266***	-,132*	-,270***	-,255***	-,271***	-,298***	-,318***
ΦΟΒΑΣΤΕ ΜΗΠΩΣ ΑΡΡΩΣΤΗΣΕΤΕ	-,159**	-,322***	-,279***	-,189***	-,277***	-,256***	-,129***	-,057	-,212***	-,169**	-,325***	-,227***	-,291***

**Πίνακας 18**

Συσχέτιση ανά δύο των ερωτηματολογίων για το φόβο, το άγχος του πόνου και την επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία, με το NPI, HDHQ, SCL-90 και FES-FORM που εξετάστηκαν με τον παράμετρικό συντελεστή συσχέτισης r του Pearson στα άτομα που έχουν εκτεθεί σε στρεσογόνα γεγονότα

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ	PASS-20 TOTAL	CAQ TOTAL	FPQ-III TOTAL	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ	PASS - 20 TOTAL	CAQ TOTAL	FPQ-III TOTAL
CAQ TOTAL	,557***			SCL_90 ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	,408***	,464***	,325***
FPQ-III TOTAL	,521***	,438***		SCL_90 ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ	,369***	,418***	,285***
NPI TOTAL	,015	,015	,014	SCL_90 ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	,344***	,418***	,235***
HDHQ ΕΠΙΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΑΛΛΟΥΣ	,367***	,312***	,246***	SCL_90 ΓΔΣ	,503***	,529***	,354***
HDHQ ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΗ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ	,179**	,223***	,132*	SCL_90 ΔΕΘΣ	,359***	,340***	,213***
HDHQ ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ	,281***	,323***	,198***	SCL_90 ΣΘΣ	,511***	,543***	,380***
HDHQ ΑΥΤΟΕΠΙΚΡΙΣΗ	,265***	,288***	,185***	FES C ΣΥΝΟΧΗ	-,084	,106MS	-,024
HDHQ ΕΝΟΧΗ	,261***	,314***	,162***	FES EX ΕΚΦΡ/ΤΗΤΑ	-,198***	-,136*	-,173**
HDHQ ΕΞΩΣΤΡΕΦΗΣ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ	,367***	,377***	,256***	FES CON ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ	,199***	,167**	,089
HDHQ ΕΝΔΟΣΤΡΕΦΗΣ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ	,294***	,335***	,196***	FES IND ΑΝΕΞ/ΤΗΣΙΑ	-,057	-,054	-,038
HDHQ ΟΛΙΚΗ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ	,390***	,416***	,267***	FES AO ΠΡΟ/ΜΟΣ ΓΙΑ ΕΠΙΤ/ΜΑΤΑ	,126*	,054	,118*
SCL_90 ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ	,473***	,521***	,327***	FES ICO ΠΝΕΥΜ/ΚΟΣ ΠΡΟ/ΜΟΣ	-,179**	-,153**	-,127*
SCL_90 ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ	,498***	,423***	,352***	FES ARO ΠΡΟΣ/ΜΟΣ ΕΝ. ΨΥΧ/ΓΙΑ	-,118*	-,105MS	-,101MS
SCL_90 ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ	,388***	,371***	,273***	FES MRE ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΘΡΗΣ/ΤΗΤΑ	,147*	,159**	,132*
SCL_90 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	,428***	,407***	,268***	FES ORG ΟΡΓΑΝΩΣΗ	-,021	-,032	-,072
SCL_90 ΑΓΧΟΣ	,479***	,547***	,342***	FES CTL ΕΛΕΓΧΟΣ	-,007	-,076	-,015
SCL_90 ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	,305***	,321***	,276***	FES TOTAL	-,044	-,061	-,049

**Πίνακας 19**

Συσχέτιση ανά δύο των ερωτηματολογίων για το φόβο, το άγχος του πόνου και την επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία, με το NPI, HDHQ, SCL-90 και FES-FORM που εξετάστηκαν με τον παράμετρικό συντελεστή συσχέτισης r του Pearson στα άτομα που δεν έχουν εκτεθεί σε στρεσογόνα γεγονότα

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ	PASS-20 TOTAL	CAQ TOTAL	FRQ-III TOTAL	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ	PASS -20 TOTAL	CAQ TOTAL	FRQ-III TOTAL
CAQ TOTAL	,576***			SCL_90 ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	,459***	,478***	,349***
FRQ-III TOTAL	,554***	,499***		SCL_90 ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ	,356***	,395***	,355***
NPI TOTAL	-,067	- ,098MS	-,027	SCL_90 ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	,442***	,511***	,337***
HDHQ ΕΠΙΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΑΛΛΟΥΣ	,194***	,280***	,234***	SCL_90 ΓΔΣ	,537***	,555***	,428***
HDHQ ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΗ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ	,134*	,142*	,072	SCL_90 ΔΕΘΣ	,296***	,314***	,199***
HDHQ ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ	,193***	,258***	,162**	SCL_90 ΣΘΣ	,559***	,564***	,465***
HDHQ ΑΥΤΟΕΠΙΚΡΙΣΗ	,343***	,368***	,265***	FES C ΣΥΝΟΧΗ	-,141*	-,137*	-,140*
HDHQ ΕΝΟΧΗ	,267***	,330***	,238***	FES EX ΕΚΦΡ/ΤΗΤΑ	- ,196***	-,153**	- ,228***
HDHQ ΕΞΩΣΤΡΕΦΗΣ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ	,213***	,279***	,197***	FES CON ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ	,274***	,203***	189***
HDHQ ΕΝΔΟΣΤΡΕΦΗΣ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ	,339***	,383***	,277***	FES IND ΑΝΕΞ/ΤΗΣΙΑ	- ,174***	- ,198***	-,165**
HDHQ ΟΛΙΚΗ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ	,306***	,373***	,266***	FES AO ΠΡΟ/ΜΟΣ ΓΙΑ ΕΠΙΤ/ΜΑΤΑ	,088	,159**	,177**
SCL_90 ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ	,430***	,499***	,352***	FES ICO ΠΝΕΥΜ/ΚΟΣ ΠΡΟ/ΜΟΣ	- ,230***	-,118*	-,155**
SCL_90 ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ	,508***	,504***	,415***	FES ARO ΠΡΟΣ/ΜΟΣ ΕΝ. ΨΥΧ/ΓΙΑ	- ,254***	-,178**	- ,194***
SCL_90 ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ	,547***	,503***	,431***	FES MRE ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΘΡΗΣ/ΤΗΤΑ	,120*	,179**	,123*
SCL_90 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	,494***	,443***	,372***	FES ORG ΟΡΓΑΝΩΣΗ	-,093	-,065	-,061
SCL_90 ΑΓΧΟΣ	,480***	,484***	,358***	FES CTL ΕΛΕΓΧΟΣ	,115*	,179**	,086
SCL_90 ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	,311***	,287***	,268***	FES TOTAL	-,115*	-,028	-,085



**Πίνακας 20**

Συσχέτιση ανά δύο των ερωτηματολογίων για το φόβο, το άγχος του πόνου και την επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία, με το NPI, HDHQ, SCL-90 και FES-FORM που εξετάστηκαν με τον παράμετρικό συντελεστή συσχέτισης r του Pearson στο σύνολο των 595 εξετασθέντων.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ	PASS-20 TOTAL	CAQ TOTAL	FPQ-III TOTAL	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ	PASS - 20 TOTAL	CAQ TOTAL	FPQ-III TOTAL
	,572***						,342***
<b>CAQ TOTAL</b>				<b>SCL_90 ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ</b>	,439***	,476***	
	,542***			<b>SCL_90 ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ</b>	,377***	,418***	,329***
<b>FPQ-III TOTAL</b>		,474***		<b>SCL_90 ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ</b>	,396***	,467***	,291***
	-,032			<b>SCL_90 ΓΔΣ</b>	,529***	,548***	,398***
<b>NPI TOTAL</b>		-,049	-,013	<b>SCL_90 ΔΕΘΣ</b>	,343***	,338***	,216***
<b>HDHQ ΕΠΙΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΑΛΛΟΥΣ</b>	,279***	,294***	,239***	<b>SCL_90 ΣΘΣ</b>	,543***	,561***	,431***
<b>HDHQ ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΗ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ</b>	,156***	,181***	,101*	<b>FES C ΣΥΝΟΧΗ</b>	-,116**	-,126**	-,086*
<b>HDHQ ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ</b>	,252***	,301***	,190***	<b>FES EX ΕΚΦΡ/ΤΗΤΑ</b>	-	-,192***	-,198***
<b>HDHQ ΑΥΤΟΕΠΙΚΡΙΣΗ</b>	,311***	,336***	,234***	<b>FES CON ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ</b>	,243***	,194***	,147***
<b>HDHQ ΕΝΟΧΗ</b>	,272***	,328***	,206***	<b>FES IND ΑΝΕΞ/ΤΗΣΙΑ</b>	-,118**	-,129**	-,106**
<b>HDHQ ΕΞΩΣΤΡΕΦΗΣ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ</b>	,293***	,329***	,228***	<b>FES ΑΟ ΠΡΟ/ΜΟΣ ΓΙΑ ΕΠΙΤ/ΜΑΤΑ</b>	,108**	,110**	,151***
<b>HDHQ ΕΝΔΟΣΤΡΕΦΗΣ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ</b>	,325***	,367***	,245***	<b>FES ΙCΟ ΠΝΕΥΜ/ΚΟΣ ΠΡΟ/ΜΟΣ</b>	-	-	-,147***
<b>HDHQ ΟΛΙΚΗ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ</b>	,355***	,400***	,273***	<b>FES ΑRΟ ΠΡΟΣ/ΜΟΣ ΕΝ. ΨΥΧ/ΓΙΑ</b>	-,175***	,135***	-,142***
<b>SCL_90 ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ</b>	,465***	,518***	,347***	<b>FES MRE ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΘΡΗΣ/ΤΗΤΑ</b>	,138***	,172***	,131***
<b>SCL_90 ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ</b>	,508***	,470***	,391***	<b>FES ORG ΟΡΓΑΝΩΣΗ</b>	-,056	-,049	-,067
<b>SCL_90 ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ</b>	,473***	,444***	,361***	<b>FES CTL ΕΛΕΓΧΟΣ</b>	,042	,040	,029
<b>SCL_90 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ</b>	,468***	,433***	,327***	<b>FES TOTAL</b>	-	-,074MS	-,064
<b>SCL_90 ΑΓΧΟΣ</b>	,490***	,525***	,358***				
<b>SCL_90 ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ</b>	,315***	,311***	,278***				

**Πίνακας 21**

Συσχέτιση ανά δύο των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων για το φόβο, το άγχος του πόνου και την επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία, με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου της εχθρότητας και με το NPI και που εξετάστηκαν με τον παράμετρικό συντελεστή συσχέτισης  $r$  του Pearson στα άτομα που έχουν εκτεθεί σε στρεσογόνα γεγονότα

ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΒΙΩΣΑΝ ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΟ ΓΕΓΟΝΟΣ	ΑΠΟΦΥΓΗ APASS	ΦΟΒΙΚΕΣ ΣΚΕΨΕΙΣ PASS	ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ PASS	ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ PASS	ΦΟΒΟΣ CAQ	ΑΠΟΦΥΓΗ CAQ	ΠΡΟΣΟΧΗ CAQ	FRQ-III ΕΛΑΦΡΥΣ ΠΟΝΟΣ	FRQ-III ΔΡΙΜΥΣ ΠΟΝΟΣ	FRQ-III ΙΑΤΡΟΓΕΝΗΣ ΠΟΝΟΣ
ΗΔΗ ΕΠΙΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΑΛΛΟΥΣ	,316***	,303***	,335***	,328***	,301***	,118*	,248***	,206***	,167**	,261***
ΗΔΗ ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΗ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ	,140*	,138*	,203***	,139*	,178**	,149*	,176**	,133*	,020	,203***
ΗΔΗ ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ	,172**	,339***	,235***	,237***	,329***	,079	,272***	,246***	,093	,193***
ΗΔΗ ΑΥΤΟΕΠΙΚΡΙΣΗ	,169***	,206***	,314***	,231***	,250***	,218***	,161**	,121*	,142*	,205***
ΗΔΗ ΕΝΟΧΗ	,113MS	,269***	,283***	,244***	,280***	,173**	,235***	,168**	,082	,177**
ΗΔΗ ΕΞΩΣΤΡΕΦΗΣ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ	,282***	,343***	,344***	,314***	,355***	,152**	,306***	,256***	,127*	,291***
ΗΔΗ ΕΝΔΟΣΤΡΕΦΗΣ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ	,162**	,261***	,336***	,264***	,294***	,222***	,216***	,158***	,129*	,216***
ΗΔΗ ΟΛΙΚΗ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ	,268***	,357***	,394***	,339***	,381***	,210***	,310***	,249***	,148*	,300***
<b>NPI TOTAL</b>	,012	,059	,009	-,031	,020	-,078MS	,045	,060	-,077MS	,075

**Πίνακας 22**

Συσχέτιση ανά δύο των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων για το φόβο, το άγχος του πόνου και την επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία, με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου της ψυχοπαθολογίας που εξετάστηκαν με τον παράμετρικό συντελεστή συσχέτισης  $r$  του Pearson στα άτομα που έχουν εκτεθεί σε στρεσογόνα γεγονότα.

ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΒΙΩΣΑΝ ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΟ ΓΕΓΟΝΟΣ	ΑΠΟΦΥΓΗ APASS	ΦΟΒΙΚΕΣ ΣΚΕΨΕΙΣ PASS	ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ PASS	ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ PASS	ΦΟΒΟΣ CAQ	ΑΠΟΦΥΓΗ CAQ	ΠΡΟΣΟΧΗ CAQ	FRQ-III ΕΛΑΦΡΥΣ ΠΟΝΟΣ	FRQ-III ΔΡΗΜΥΣ ΠΟΝΟΣ	FRQ-III ΙΑΤΡΟΓΕΝΗΣ ΠΟΝΟΣ
<b>SCL_90 ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ</b>	,332***	,484***	,382***	,460***	,422***	,326***	,425***	,305***	,205***	,340***
<b>SCL_90 ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ</b>	,348***	,463***	,484***	,411***	,383***	,213***	,326***	,304***	,247***	,354***
<b>SCL_90 ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ</b>	,239***	,390***	,380***	,343***	,326***	,177**	,315***	,272***	,170**	,271***
<b>SCL_90 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ</b>	,257***	,427***	,432***	,375***	,335***	,229***	,352***	,233***	,166**	,293***
<b>SCL_90 ΑΓΧΟΣ</b>	,294***	,477***	,439***	,466***	,475***	,232***	,511***	,293***	,203***	,390***
<b>SCL_90 ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ</b>	,218***	,291***	,312***	,240***	,292***	,174**	,228***	,245***	,147*	,328***
<b>SCL_90 ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ</b>	,283***	,399***	,374***	,370***	,419***	,193***	,406***	,334***	,175**	,346***
<b>SCL_90 ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ</b>	,211***	,362***	,381***	,332***	,377***	,174**	,366***	,289***	,168**	,289***
<b>SCL_90 ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ</b>	,175**	,350***	,367***	,305***	,346***	,213***	,382***	,246***	,117*	,258***
<b>SCL_90 ΓΔΣ</b>	,320***	,502***	,481***	,454***	,452***	,274***	,451***	,328***	,214***	,380***
<b>SCL_90 ΔΕΘΣ</b>	,250***	,325***	,365***	,310***	,282***	,189***	,291***	,189***	,121*	,244***
<b>SCL_90 ΣΘΣ</b>	,335***	,513***	,475***	,463***	,477***	,280***	,439***	,351***	,240***	,395***

**Πίνακας 23**

Συσχέτιση ανά δύο των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων για το φόβο, το άγχος του πόνου και την επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία, με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου του οικογενειακού περιβάλλοντος που εξετάστηκαν με τον παράμετρικό συντελεστή συσχέτισης r του Pearson στα άτομα που έχουν εκτεθεί σε στρεσογόνα γεγονότα.

ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΒΙΩΣΑΝ ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΟ ΓΕΓΟΝΟΣ	ΑΠΟΦΥΓΗ APASS	ΦΟΒΙΚΕΣ ΣΚΕΨΕΙΣ PASS	ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ PASS	ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ PASS	ΦΟΒΟΣ CAQ	ΑΠΟΦΥΓΗ CAQ	ΠΡΟΣΟΧΗ CAQ	FRQ-III ΕΛΑΦΥΣ ΠΟΝΟΣ	FRQ-III ΔΡΙΜΥΣ ΠΟΝΟΣ	FRQ-III ΙΑΤΡΟΓΕΝΗΣ ΠΟΝΟΣ
FES C ΣΥΝΟΧΗ	-,078	-,053	-,077	-,085	-,061	-,085	-,114*	,013	-,006	-,064
FES EX ΕΚΦΡ/ΤΗΤΑ	-,163**	-,188***	-,159**	-,184***	-,130*	-,067	-,093	-,133*	-,172**	-,130*
FES CON ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ	-,186***	-,160**	-,178**	-,170**	-,143*	-,047	-,189***	,092	,030	,114*
FES IND ΑΝΕΞ/ΤΗΣΙΑ	-,024	-,055	-,066	-,055	-,026	-,079	-,027	-,030	-,033	-,033
FES AO ΠΡΟ/ΜΟΣ ΓΙΑ ΕΠΙΤ/ΜΑΤΑ	,037	,154**	,142*	,103MS	,100MS	-,059	,041	,096MS	,108MS	,095
FES ICO ΠΝΕΥΜ/ΚΟΣ ΠΡΟ/ΜΟΣ	-,190***	-,092	-,183**	-,156**	-,131*	-,156**	-,042	-,109MS	-,039	-,187***
FES ARO ΠΡΟΣ/ΜΟΣ ΕΝ. ΨΥΧ/ΓΙΑ	-,127*	-,079	-,109MS	-,096MS	-,050	-,232***	,034	-,077	-,042	-,143*
FES MRE ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΘΡΗΣ/ΤΗΤΑ	,057	,191***	,104MS	,167**	,169**	,040	,120*	,165**	,114*	,066
FES ORG ΟΡΓΑΝΩΣΗ	,038	,000	-,060	-,049	-,057	,047	-,041	-,014	-,026	-,141*
FES CTL ΕΛΕΓΧΟΣ	,015	,001	-,021	-,021	-,063	-,053	-,054	,035	-,020	-,044
FES TOTAL	-,060	,011	-,060	-,045	-,021	-,141*	,013	,008	-,016	-,111MS

**Πίνακας 24**

Συσχέτιση ανά δύο των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων για το φόβο, το άγχος του πόνου και την επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία, με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου της εχθρότητας και με το NPI και που εξετάστηκαν με τον παράμετρικό συντελεστή συσχέτισης  $r$  του Pearson στα άτομα που δεν έχουν εκτεθεί σε στρεσογόνα γεγονότα.

ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΔΕΝ ΒΙΩΣΑΝ ΣΤΡΕΣΟΓΟΝΟ ΓΕΓΟΝΟΣ	ΑΠΟΦΥΓΗ PASS	ΦΟΒΙΚΕΣ ΣΚΕΨΕΙΣ PASS	ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ PASS	ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ PASS	ΦΟΒΟΣ CAQ	ΑΠΟΦΥΓΗ CAQ	ΠΡΟΣΟΧΗ CAQ	FRQ-III ΕΛΑΦΡΥΣ ΠΟΝΟΣ	FRQ-III ΔΡΙΜΥΣ ΠΟΝΟΣ	FRQ-III ΙΑΤΡΟΓΕΝΗΣ ΠΟΝΟΣ
ΗΔΗ ΕΠΙΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΑΛΛΟΥΣ	,145*	,239***	,134*	,147*	,318***	,137*	,157**	,266***	,156**	,212***
ΗΔΗ ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΗ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ	,097MS	,139*	,139*	,080	,147*	,040	,147*	,076	,021	,104MS
ΗΔΗ ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ	,114*	,214***	,180**	,155**	,273***	,105MS	,214***	,238***	,052	,174**
ΗΔΗ ΑΥΤΟΕΠΙΚΡΙΣΗ	,199***	,383***	,314***	,287***	,327***	,276***	,271***	,269***	,143*	,308***
ΗΔΗ ΕΝΟΧΗ	,165**	,333***	,222***	,196***	,293***	,207***	,293***	,294***	,107MS	,262***
ΗΔΗ ΕΞΩΣΤΡΕΦΗΣ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ	,148*	,243***	,182**	,156**	,305***	,117*	,207***	,239***	,100MS	,203***
ΗΔΗ ΕΝΔΟΣΤΡΕΦΗΣ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ	,201***	,394***	,300***	,272***	,340***	,270***	,304***	,303***	,140*	,315***
ΗΔΗ ΟΛΙΚΗ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ	,197***	,353***	,267***	,235***	,371***	,207***	,286***	,308***	,135*	,288***
<b>NPI TOTAL</b>	-,065	-,068	-,031	-,067	-,070	-,112MS	-,055	,011	-,066	,004

**Πίνακας 25**

Συσχέτιση ανά δύο των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων για το φόβο, το άγχος του πόνου και την επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία, με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου της ψυχοπαθολογίας που εξετάστηκαν με τον παράμετρικό συντελεστή συσχέτισης  $r$  του Pearson στα άτομα που έχουν εκτεθεί σε στρεσογόνα γεγονότα.

ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΔΕΝ ΒΙΩΣΑΝ ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΟ ΓΕΓΟΝΟΣ	ΑΠΟΦΥΓΗ APASS	ΦΟΒΙΚΕΣ ΣΚΕΨΕΙΣ PASS	ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ PASS	ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ PASS	ΦΟΒΟΣ CAQ	ΑΠΟΦΥΓΗ CAQ	ΠΡΟΣΟΧΗ CAQ	FRQ-III ΕΛΑΦΡΥΣ ΠΟΝΟΣ	FRQ-III ΔΡΗΜΥΣ ΠΟΝΟΣ	FRQ-III ΙΑΤΡΟΓΕΝΗΣ ΠΟΝΟΣ
SCL_90 ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ	,314***	,395***	,331***	,447***	,440***	,326**	,437***	,345***	,250***	,341***
SCL_90 ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ	,317***	,485***	,467***	,486***	,444***	,392***	,358***	,395***	,314***	,386***
SCL_90 ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ	,392***	,516***	,495***	,477***	,457***	,384***	,339***	,421***	,329***	,391***
SCL_90 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	,318***	,506***	,430***	,451***	,381***	,331***	,349***	,364***	,267***	,357***
SCL_90 ΑΓΧΟΣ	,268***	,477***	,432***	,488***	,426***	,329***	,407***	,360***	,256***	,338***
SCL_90 ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	,239***	,274***	,277***	,277***	,259***	,215***	,202***	,268***	,182***	,266***
SCL_90 ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	,242***	,491***	,435***	,419***	,443***	,322***	,358***	,350***	,253***	,324***
SCL_90 ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ	,228***	,360***	,344***	,290***	,395***	,245***	,266***	,349***	,279***	,309***
SCL_90 ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	,258***	,471***	,407***	,385***	,429***	,407***	,394***	,371***	,232***	,304***
SCL_90 ΓΔΣ	,346***	,527***	,476***	,504***	,493***	,399***	,428***	,427***	,311***	,398***
SCL_90 ΔΕΘΣ	,185***	,307***	,266***	,261***	,256***	,244***	,268***	,198***	,155**	,172**
SCL_90 ΣΘΣ	,377**	,522***	,490***	,541***	,515***	,401***	,416***	,452***	,339***	,443***

**Πίνακας 26**

Συσχέτιση ανά δύο των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων για το φόβο, το άγχος του πόνου και την επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία, με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου του οικογενειακού περιβάλλοντος που εξετάστηκαν με τον παράμετρικό συντελεστή συσχέτισης  $r$  του Pearson στα άτομα που έχουν εκτεθεί σε στρεσογόνα γεγονότα.

ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΔΕΝ ΒΙΩΣΑΝ ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΟ ΓΕΓΟΝΟΣ	ΑΠΟΦΥΓΗ APASS	ΦΟΒΙΚΕΣ ΣΚΕΨΕΙΣ PASS	ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ PASS	ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ PASS	ΦΟΒΟΣ CAQ	ΑΠΟΦΥΓΗ CAQ	ΠΡΟΣΟΧΗ CAQ	FRQ-III ΕΛΑΦΡΥΣ ΠΟΝΟΣ	FRQ-III ΔΡΙΜΥΣ ΠΟΝΟΣ	FRQ-III ΙΑΤΡΟΓΕΝΗΣ ΠΟΝΟΣ
FES C ΣΥΝΟΧΗ	-,084	-,147*	-,159**	-,091	-,097MS	-,128*	-,117*	-,090	-,156**	-,103MS
FES EX ΕΚΦΡ/ΤΗΤΑ	-,186***	-,175**	-,185**	-,118*	-,132*	-,151**	-,072	-,178**	-,224**	-,180**
FES CON ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ	,168**	,266***	,266***	,242***	,218***	,095	,146*	,164**	,150**	,179**
FES IND ΑΝΕΞ/ΤΗΣΙΑ	-,142*	-,173**	-,173**	-,101MS	-,168**	-,122*	-,194***	-,108MS	-,166**	-,141*
FES AO ΠΡΟ/ΜΟΣ ΓΙΑ ΕΠΙΤ/ΜΑΤΑ	,061	,095	,058	,090	,218**	,028	,078	,197***	,134*	,143*
FES ICO ΠΝΕΥΜ/ΚΟΣ ΠΡΟ/ΜΟΣ	-,159**	-,184**	-,258***	-,188***	-,106MS	-,116*	-,050	-,125*	-,156**	-,114MS
FES ARO ΠΡΟΣ/ΜΟΣ ΕΝ. ΨΥΧ/ΓΙΑ	-,188**	-,232***	-,283***	-,158**	-,170**	-,142*	-,098MS	-,153**	-,164**	-,185***
FES MRE ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΘΡΗΣ/ΤΗΤΑ	,077	,160**	,083	,092	,186***	,092	,129*	,206***	,036	,115*
FES ORG ΟΡΓΑΝΩΣΗ	,064	-,063	-,119*	-,072	-,035	-,060	-,078	-,002	-,070	-,071
FES CTL ΕΛΕΓΧΟΣ	,068	,176**	,083	,068	,212***	,083	,089	,186***	,018	,055
FES TOTAL	-,102MS	-,065	-,161**	-,057	,027	-,095	-,032	,020	-,136*	-,068

**Πίνακας 27**

Συγκριτικός πίνακας των συσχετίσεων των ερωτηματολογίων του φόβου, του άγχους του πόνου και της επικέντρωσης στην καρδιακή λειτουργίας μεταξύ τους, με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου της εχθρότητας και με το ερωτηματολόγιο του ναρκισσισμού στις δύο ομάδες του δείγματος που εξετάστηκαν με τον τον παράμετρικό συντελεστή συσχέτισης  $r$  του Pearson.

ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΒΙΩΣΑΝ ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΟ ΓΕΓΟΝΟΣ	PASS-20 TOTAL	CAQ TOTAL	FRQ-III TOTAL	ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΔΕΝ ΒΙΩΣΑΝ ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΟ ΓΕΓΟΝΟΣ	PASS-20 TOTAL	CAQ TOTAL	FRQ-III TOTAL
CAQ TOTAL	,557***			CAQ TOTAL	,576***		
FRQ-III TOTAL	,521***	,438***		FRQ-III TOTAL	,554***	,499***	
ΝΡΙ TOTAL	,015	,015	,014	ΝΡΙ TOTAL	-,067	-,098MS	-,027
ΗΔΗQ ΕΠΙΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΑΛΛΟΥΣ	,367***	,312***	,246***	ΗΔΗQ ΕΠΙΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΑΛΛΟΥΣ	,194***	,280***	,234***
ΗΔΗQ ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΗ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ	,179**	,223***	,132*	ΗΔΗQ ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΗ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ	,134*	,142*	,072
ΗΔΗQ ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ	,281***	,323***	,198***	ΗΔΗQ ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ	,193***	,258***	,162**
ΗΔΗQ ΑΥΤΟΕΠΙΚΡΙΣΗ	,265***	,288***	,185***	ΗΔΗQ ΑΥΤΟΕΠΙΚΡΙΣΗ	,343***	,368***	,265***
ΗΔΗQ ΕΝΟΧΗ	,261***	,314***	,162***	ΗΔΗQ ΕΝΟΧΗ	,267***	,330***	,238***
ΗΔΗQ ΕΞΩΣΤΡΕΦΗΣ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ	,367***	,377***	,256***	ΗΔΗQ ΕΞΩΣΤΡΕΦΗΣ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ	,213***	,279***	,197***
ΗΔΗQ ΕΝΔΟΣΤΡΕΦΗΣ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ	,294***	,335***	,196***	ΗΔΗQ ΕΝΔΟΣΤΡΕΦΗΣ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ	,339***	,383***	,277***
ΗΔΗQ ΟΛΙΚΗ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ	,390***	,416***	,267***	ΗΔΗQ ΟΛΙΚΗ ΕΧΘΡΟΤΗΤΑ	,306***	,373***	,266***



**Πίνακας 28**

Συγκριτικός πίνακας των συσχετίσεων των ερωτηματολογίων του φόβου, του άγχους του πόνου και της επικέντρωσης στην καρδιακή λειτουργία μεταξύ τους, με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου της ψυχοπαθολογίας στις δύο ομάδες του δείγματος που εξετάστηκαν με τον τον παράμετρικό συντελεστή συσχέτισης  $r$  του Pearson.

ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΒΙΩΣΑΝ ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΟ ΓΕΓΟΝΟΣ	PASS-20 TOTAL	CAQ TOTAL	FRQ-III TOTAL	ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΔΕΝ ΒΙΩΣΑΝ ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΟ ΓΕΓΟΝΟΣ	PASS-20 TOTAL	CAQ TOTAL	FRQ-III TOTAL
SCL_90 ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ	,473***	,521***	,327***	SCL_90 ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ	,430***	,499***	,352***
SCL_90 ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ	,498***	,423***	,352***	SCL_90 ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ	,508***	,504***	,415***
SCL_90 ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ	,388***	,371***	,273***	SCL_90 ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ	,547***	,503***	,431***
SCL_90 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	,428***	,407***	,268***	SCL_90 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	,494***	,443***	,372***
SCL_90 ΑΓΧΟΣ	,479***	,547***	,342***	SCL_90 ΑΓΧΟΣ	,480***	,484***	,358***
SCL_90 ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	,305***	,321***	,276***	SCL_90 ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	,311***	,287***	,268***
SCL_90 ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	,408***	,464***	,325***	SCL_90 ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	,459***	,478***	,349***
SCL_90 ΠΑΡΑΝΟΕΙΑΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ	,369***	,418***	,285***	SCL_90 ΠΑΡΑΝΟΕΙΑΔΗΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ	,356***	,395***	,355***
SCL_90 ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	,344***	,418***	,235***	SCL_90 ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	,442***	,511***	,337***
SCL_90 ΓΔΣ	,503***	,529***	,354***	SCL_90 ΓΔΣ	,537***	,555***	,428***
SCL_90 ΔΕΘΣ	,359***	,340***	,213***	SCL_90 ΔΕΘΣ	,296***	,314***	,199***
SCL_90 ΣΟΣ	,511***	,543***	,380***	SCL_90 ΣΟΣ	,559***	,564***	,465***

**Πίνακας 29**

Συγκριτικός πίνακας των συσχετίσεων των ερωτηματολογίων του φόβου, του άγχους του πόνου και της επικέντρωσης στην καρδιακή λειτουργία μεταξύ τους, με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου του οικογενειακού περιβάλλοντος στις δύο ομάδες του δείγματος που εξετάστηκαν με τον τον παράμετρικό συντελεστή συσχέτισης r του Pearson.

ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΒΙΩΣΑΝ ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΟ ΓΕΓΟΝΟΣ	PASS-20 TOTAL	CAQ TOTAL	FPQ-III TOTAL	ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΔΕΝ ΒΙΩΣΑΝ ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΟ ΓΕΓΟΝΟΣ	PASS-20 TOTAL	CAQ TOTAL	FPQ-III TOTAL
FES C ΣΥΝΟΧΗ	-,084	,106MS	-,024	FES C ΣΥΝΟΧΗ	-,141*	-,137*	-,140*
FES EX ΕΚΦΡ/ΤΗΤΑ	-,198***	-,136*	-,173**	FES EX ΕΚΦΡ/ΤΗΤΑ	-,196***	-,153**	-,228***
FES CON ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ	-,199***	,167**	,089	FES CON ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ	,274***	,203***	189***
FES IND ΑΝΕΞ/ΤΗΣΙΑ	-,057	-,054	-,038	FES IND ΑΝΕΞ/ΤΗΣΙΑ	-,174***	-,198***	-,165**
FES AO ΠΡΟ/ΜΟΣ ΓΙΑ ΕΠΙΤ/ΜΑΤΑ	,126*	,054	,118*	FES AO ΠΡΟ/ΜΟΣ ΓΙΑ ΕΠΙΤ/ΜΑΤΑ	,088	,159**	,177**
FES ICO ΠΝΕΥΜ/ΚΟΣ ΠΡΟ/ΜΟΣ	-,179**	,153**	-,127*	FES ICO ΠΝΕΥΜ/ΚΟΣ ΠΡΟ/ΜΟΣ	-,230***	-,118*	-,155**
FES ARO ΠΡΟΣ/ΜΟΣ ΕΝ. ΨΥΧ/ΓΙΑ	-,118*	,105MS	,101MS	FES ARO ΠΡΟΣ/ΜΟΣ ΕΝ. ΨΥΧ/ΓΙΑ	-,254***	-,178**	,194***
FES MRE ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΘΡΗΣ/ΤΗΤΑ	,147*	,159**	,132*	FES MRE ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΘΡΗΣ/ΤΗΤΑ	,120*	,179**	,123*
FES ORG ΟΡΓΑΝΩΣΗ	-,021	-,032	-,072	FES ORG ΟΡΓΑΝΩΣΗ	-,093	-,065	-,061
FES CTL ΕΛΕΓΧΟΣ	-,007	-,076	-,015	FES CTL ΕΛΕΓΧΟΣ	,115*	,179**	,086
FES TOTAL	-,044	-,061	-,049	FES TOTAL	-,115*	-,028	-,085

## 4. Συζήτηση

Πριν σχολιάσουμε τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης και τα σχετίσουμε με αποτελέσματα παρόμοιων μελετών, θεωρούμε σημαντικό να σημειώσουμε: α) σε τι δεν απαντάει η συγκεκριμένη μελέτη, και β) ποιοι είναι οι περιορισμοί της.

### 4.1. Οριοθετήσεις

Εξετάστηκαν αποκλειστικά άτομα ηλικίας από 18- 75 ετών και αφορά μόνο άτομα μέλη υγιούς πληθυσμού και ο διαχωρισμός των συμμετεχόντων στις ομάδες πραγματοποιήθηκε με την υποκειμενική δήλωσή τους, αν είχαν βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός και βασίστηκε στην προσωπική τους μνήμη και περιγραφή.

Για τα αποτελέσματα που προέκυψαν συνολικά από τη στατιστική ανάλυση και την ερμηνεία τους οφείλουμε να διατυπώσουμε ορισμένες επιφυλάξεις που αφορούν στην πιθανή διαπλοκή του τύπου αίτιο - αιτιατό μεταξύ των στρεσογόνων γεγονότων παιδικής ηλικίας και των μεταβλητών που μελετήθηκαν στην παρούσα μελέτη. Σε καμία περίπτωση δεν μπορούμε να οδηγηθούμε στη διατύπωση μιας γραμμικής αιτιολογικής υπόθεσης που να υποστηρίζει ότι το στρεσογόνο γεγονός της παιδικής ηλικίας είναι η αιτία του φόβου και του άγχους του πόνου ή το αντίστροφο.

### **Κλίμακα μέτρησης συμπτωμάτων άγχους του πόνου - Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20)**

Η μέση τιμή των συμπτωμάτων άγχους του πόνου (*PASS-20 total*) για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν αντίστοιχα  $29,93 \pm 14,34$  και  $26,29 \pm 13,21$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα συμπτωμάτων άγχους του πόνου και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή των συμπτωμάτων άγχους του πόνου στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 3,64 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά στα επίπεδα των συμπτωμάτων άγχους του πόνου μεταξύ των δύο ομάδων κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών με το T-Test ( $P=0,001$ ).

Στην υποκλίμακα *συμπεριφορά αποφυγής* (avoidance Pass) των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν αντίστοιχα  $8,85 \pm 4,08$  και  $8,52 \pm 4,15$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν, οριακά, την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα συμπτωμάτων άγχους του πόνου και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παράτηρούμε ότι η μέση τιμή των συμπτωμάτων άγχους του πόνου στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 0,33 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,317$ ).

Στην υποκλίμακα *φοβικές σκέψεις* (fearful thinking) των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν αντίστοιχα  $5,98 \pm 4,07$  και  $4,81 \pm 3,81$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα συμπτωμάτων άγχους του πόνου και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παράτηρούμε ότι η μέση τιμή των συμπτωμάτων άγχους του πόνου στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 1,17 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,000$ ).

Στην υποκλίμακα *γνωστικό άγχος* (cognitive anxiety) των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν αντίστοιχα  $8,57 \pm 4,41$  και  $7,53 \pm 4,05$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα συμπτωμάτων άγχους του πόνου και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα

έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παράτηρούμε ότι η μέση τιμή των συμπτωμάτων άγχους του πόνου στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 1,04 μονάδα μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,003$ ).

Στην υποκλίμακα *σωματικές αντιδράσεις άγχους* (Physiological Responses) των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν αντίστοιχα  $6,53 \pm 3,84$ , και  $5,43 \pm 3,41$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα συμπτωμάτων άγχους του πόνου και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παράτηρούμε ότι η μέση τιμή των συμπτωμάτων άγχους του πόνου στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 1,10 μονάδα μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,000$ ).

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, αναδεικνύονται τα υψηλά επίπεδα των συμπτωμάτων άγχους του πόνου, όπως μετράται με το PASS-20 (των McCracken & Dhingra, 2002) των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους. Το ανωτέρω εύρημα, λοιπόν, είναι σύμφωνο με αποτελέσματα προηγούμενων μελετών, οι οποίες αναφέρουν γραμμική συσχέτιση ανάμεσα στο φόβο και στο άγχος του πόνου (Reiss et al., 1986; Asmundson & Taylor, 1996; Asmundson, 2004; Norton & Asmundson, 2004) αλλά και με μελέτες που έχουν διαπιστώσει ότι μια πλειοψηφία φοβικών ατόμων, εστιάζει στην βιωμένη εμπειρία ως κεντρική δομή στην απόκτηση φόβου τους (Di Nardo et al., 1988) και έχουν αναδείξει μια θετική διασύνδεση μεταξύ των τραυματικών ή αγχωτικών γεγονότων ζωής και της σωματικής ευαισθησίας στο άγχος (Ehlers & Clark 2000; Leen-Feldner et al., 2008).

## **Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία - Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)**

Η μέση τιμή του άγχους για την καρδιακή λειτουργία (Total CAQ) για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν αντίστοιχα  $1,02 \pm 0,53$ , και  $0,90 \pm 0,52$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα του άγχους για την καρδιακή λειτουργία και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παράτηρούμε ότι η μέση τιμή του άγχους για την καρδιακή λειτουργία στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά  $0,12$  μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,006$ ).

Στην υποκλίμακα fear του CAQ των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν αντίστοιχα  $0,93 \pm 0,75$ , και  $0,81 \pm 0,68$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα του άγχους για την καρδιακή λειτουργία και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παράτηρούμε ότι η μέση τιμή του άγχους για την καρδιακή λειτουργία στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά  $0,12$  περίπου μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,044$ ).

Στην υποκλίμακα avoidance του CAQ των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν αντίστοιχα  $1,39 \pm 0,70$ , και  $1,26 \pm 0,70$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα του

άγχους για την καρδιακή λειτουργία και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παράτηρούμε ότι η μέση τιμή του άγχους για την καρδιακή λειτουργία στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 0,13 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,024$ ).

Στην υποκλίμακα attention του CAQ των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν αντίστοιχα  $0,79 \pm 0,62$ , και  $0,68 \pm 0,54$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα του άγχους για την καρδιακή λειτουργία και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παράτηρούμε ότι η μέση τιμή του άγχους για την καρδιακή λειτουργία στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 0,11 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,022$ ).

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, αναδεικνύονται τα υψηλά επίπεδα του άγχους για την καρδιακή λειτουργία, όπως μετράται με το CAQ (των Eifert et al., 2000), των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους. Το ανωτέρω εύρημα, λοιπόν, είναι σύμφωνο με αποτελέσματα προηγούμενων μελετών, οι οποίες έχουν αναδείξει μια θετική διασύνδεση μεταξύ των τραυματικών ή αγχωτικών γεγονότων ζωής και της σωματικής ευαισθησίας στο άγχος (Ehlers & Clark 2000; Leen-Feldner et al., 2008).

### **Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III)**

Η μέση τιμή του φόβου του πόνου (Total FPQ-III) για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν αντίστοιχα  $69,79 \pm 19,91$  και

65,71 ± 20,81. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παράτηρούμε ότι η μέση τιμή του φόβου του πόνου στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 4,08 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test (P=0,015).

Στην υποκλίμακα *minor pain* του FPQ-III των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν αντίστοιχα 17,25 ± 6,45, και 16,76 ± 6,29. Τα αποτελέσματα ως προς αυτή την υποκλίμακα στηρίζουν, οριακά, την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παράτηρούμε ότι η μέση τιμή του φόβου του πόνου στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 0,49 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test (P=0,351).

Στην υποκλίμακα *severe pain* του FPQ-III των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν αντίστοιχα 30,06 ± 9,08 και 27,72 ± 9,94. Τα αποτελέσματα ως προς αυτή την υποκλίμακα στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παράτηρούμε ότι η μέση τιμή του φόβου του πόνου στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 2,34 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα



στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,003$ ).

Στην υποκλίμακα *medical pain* του FPQ-III των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν αντίστοιχα  $22,48 \pm 7,89$  και  $21,22 \pm 7,82$ . Τα αποτελέσματα ως προς αυτή την υποκλίμακα στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παράτηρούμε ότι η μέση τιμή του φόβου του πόνου στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 1,26 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, με στατιστικά ενδεικτικής σημαντικότητας διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,052$ ).

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, αναδεικνύονται τα υψηλά επίπεδα του φόβου του πόνου, όπως μετράται με το FPQ-III (των McNeil & Rainwater, 1998), των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους. Το ανωτέρω εύρημα, λοιπόν, είναι σύμφωνο με αποτελέσματα προηγούμενων μελετών, οι οποίες αναφέρουν ότι η εμπειρία του πόνου δύναται να «ξυπνήσει» ένα σύνολο εξαιρετικά αρνητικών σκέψεων, αλλά και να ενεργοποιήσει, επίσης, καλά κρυμμένους φόβους άλλων τραυματικών καταστάσεων (Gatchel, et all, 2007). Η ιδιαίτερη συναισθηματική εμπειρία, που συνακολουθεί στρεσογόνες καταστάσεις προωθεί την αποτύπωση του γεγονότος (Ledoux, J. 1996) και η έκθεση σε ψυχοπαιστικά γεγονότα μπορεί μόνιμα να αλλάξει τις νευροβιολογικές διαδικασίες ή τις δομές, με τέτοιο τρόπο που να οδηγήσει σε δυσμενείς επιπτώσεις στην ουδό διέγερσης και τη δυνατότητα αντιμετώπισης μιας μετέπειτα επώδυνης εμπειρίας (van der Kolk, 1996). Στοιχεία και από μη-αναδρομικές μελέτες, ωστόσο καταλήγουν στην συμβολή του ψυχικού και σωματικού τραύματος στην διαμόρφωση του συναισθήματος του φόβου. Πάραδειγματος χάριν, τα παιδιά που έχουν δοκιμάσει έντονα μια τραυματική εμπειρία εκθέτουν μεγαλύτερους επόμενους φόβους σχετικά με το γεγονός από εκείνα που δεν έχουν εκτεθεί σε ψυχοπαιστικά γεγονότα (Ollendick & King, 1991). Η έρευνα, επιπλέον στη νευρολογία έχει καταδείξει ότι το ψυχικό τραύμα στενεύει τον ιππόκαμπο και ενεργοποιεί την αμυγδαλή για τις αυτόματες αντιδράσεις

άγχους, πανικού και φόβου ( van der Kolk, 2003). Σε σχέση με τον πόνο, αν και η έρευνα είναι λιγοστή, διατομικές μελέτες έχουν βρει θετικές αφενός, συσχετίσεις μεταξύ τραυματικών ή αγχωτικών γεγονότων ζωής και του χρόνιου πόνου (Boisset-Piolo et al., 1995; Kim et al., 1996; Raphael et al., 2001) και αφετέρου ότι άτομα με ομο- εμφανιζόμενες τραυματικές εμπειρίες, που σχετίζονται με συμπτώματα κοινωνικής φοβίας, έχουν μεγαλύτερα επίπεδα φόβου του πόνου και εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο στην ανάπτυξη χρονιότητας του πόνου τους, σε σχέση με τα άτομα που δεν έχουν βιώσει ανάλογες καταστάσεις (Asmundson & Carleton, 2005).

### **Ερωτηματολόγιο ψυχοπαθολογίας SCL- 90**

Η μέση τιμή της *σωματοποίησης* για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $10,57 \pm 8,40$  και η μέση τιμή της σωματοποίησης στην ομάδα των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $7,91 \pm 7,01$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα σωματοποίησης και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παράτηρούμε ότι η μέση τιμή της σωματοποίησης στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 2,68 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,000$ ).

Η μέση τιμή της *ψυχαναγκαστικότητας* για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $11,61 \pm 7,07$  και  $9,44 \pm 6,51$ , στην ομάδα των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα ψυχαναγκαστικότητας και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παράτηρούμε ότι η μέση τιμή της ψυχαναγκαστικότητας στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 2,17 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, με

στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,000$ ).

Η μέση τιμή της *διαπροσωπικής ευαισθησίας* για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $9,26 \pm 5,95$  και η μέση τιμή της διαπροσωπικής ευαισθησίας της ομάδας των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $7,54 \pm 5,83$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα διαπροσωπικής ευαισθησίας και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή της διαπροσωπικής ευαισθησίας στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 1,72 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,000$ ).

Η μέση τιμή της *κατάθλιψης* για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $12,67 \pm 9,07$  και η μέση τιμή της κατάθλιψης της ομάδας των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $10,14 \pm 8,40$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή της κατάθλιψης στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 2,53 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,000$ ).

Η μέση τιμή του *άγχους* για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $8,20 \pm 7,14$  και η μέση τιμή του άγχους της ομάδας των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $6,12 \pm 6,93$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα άγχους και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα

που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή του άγχους στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 2,08 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,000$ ).

Η μέση τιμή της *επιθετικότητας* για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $5,58 \pm 4,73$  και η μέση τιμή της επιθετικότητας της ομάδας των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $4,82 \pm 4,27$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα επιθετικότητας και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή της επιθετικότητας στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 0,76 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,041$ ).

Η μέση τιμή του *φοβικού άγχους* για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $3,16 \pm 3,96$  και η μέση τιμή του φοβικού άγχους της ομάδας των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $2,25 \pm 3,32$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα φοβικού άγχους και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή του φοβικού άγχους στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 0,91 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,003$ ).

Η μέση τιμή του *παρανοειδούς ιδεασμού* για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $7,35 \pm 4,79$  και η μέση τιμή του παρανοειδούς ιδεασμού της ομάδας των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια

της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $5,77 \pm 4,34$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα *πάρανοειδούς ιδεασμού* και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, *παρατηρούμε* ότι η μέση τιμή του *πάρανοειδούς ιδεασμού* στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 1,58 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,000$ ).

Η μέση τιμή του *ψυχωτισμού* για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $6,61 \pm 5,43$  και η μέση τιμή του στην ομάδα των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $5,45 \pm 4,88$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα *ψυχωτισμού* και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, *παρατηρούμε* ότι η μέση τιμή του *ψυχωτισμού* στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 1,16 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,006$ ).

Η μέση τιμή του *ΓΔΣ (Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων)* για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $0,90 \pm 0,60$  και η μέση τιμή του *ΓΔΣ* της ομάδας των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $0,72 \pm 0,51$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα στο *Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων* και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, *παρατηρούμε* ότι η μέση τιμή του *Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων* στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 0,18 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,000$ ).

Η μέση τιμή του ΔΕΘΣ (*Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων*) για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $1,74 \pm 0,46$  και η μέση τιμή του ΔΕΘΣ της ομάδας των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $1,61 \pm 0,43$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα στο Δείκτη Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παράτηρούμε ότι η μέση τιμή του Δείκτη Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 0,13 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,000$ ).

Η μέση τιμή του ΣΘΣ (*Σύνολο Θετικών συμπτωμάτων*) για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $43,91 \pm 19,60$  και η μέση τιμή του ΣΘΣ της ομάδας των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $37,81 \pm 19,92$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα στο Σύνολο Θετικών συμπτωμάτων και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παράτηρούμε ότι η μέση τιμή του Σύνολου Θετικών συμπτωμάτων στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 6,10 μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, με στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,000$ ).

Το ανωτέρω εύρημα, λοιπόν, είναι σύμφωνο με αποτελέσματα προηγούμενων μελετών, οι οποίες υποστηρίζουν ότι, οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες, αναλαμβάνουν το ρόλο του σημαντικότερου παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη και την διατήρηση ψυχιατρικών διαταραχών, διαταραχών της προσωπικότητας και ψυχοπαθολογίας (Leserman et al., 1998; Carlier et al., 2000; Johnson et al., 2000; Bandelow et al., 2002). Τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, μετα-τραυματικής διαταραχής άγχους (PTSD), διαταραχών ελλοιωμένης προσοχής/υπερκινητικότητας, καθώς και άλλων συμπεριφορικών διαταραχών, έχουν

πάρατηρηθεί, άλλωστε, σε παιδιά με ιστορικό κακοποίησης σε όλες τις μορφές της Famularo et al., 1992; Pelcovitz, et al.,1994).

### **Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ)**

Η μέση τιμή της *επίκρισης των άλλων* (criticism of others) για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $5,56 \pm 2,78$  και η μέση τιμή της επίκρισης των άλλων της ομάδας των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $5,54 \pm 2,45$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν, οριακά, την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα επίκρισης των άλλων και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, πάρατηρούμε ότι η μέση τιμή της επίκρισης των άλλων στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 0,02 μονάδα μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,941$ ).

Η μέση τιμή της *παρορμητικής εχθρότητας* (acting-out hostility) των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $4,25 \pm 2,00$  ενώ η μέση τιμή της παρορμητικής εχθρότητας των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $4,22 \pm 2,06$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν, οριακά, την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα παρορμητικής εχθρότητας και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, πάρατηρούμε ότι η μέση τιμή της παρορμητικής εχθρότητας στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 0,03 μονάδα μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,891$ ).

Η μέση τιμή της *πάρανοειδούς εχθρότητας* (paranoid hostility) των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους κυμάνθηκε στο  $2,19 \pm 1,92$  ενώ για αυτούς που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $1,77 \pm 1,79$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν, οριακά, την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα παρανοειδούς εχθρότητας και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παράτηρούμε ότι η μέση τιμή της παρανοειδούς εχθρότητας στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 0,42 μονάδα μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,006$ ).

Η μέση τιμή της *αυτοεπίκρισης* (self-criticism) για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $4,20 \pm 2,18$  ενώ η μέση τιμή της αυτοεπίκρισης για την ομάδα των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $3,74 \pm 2,22$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα αυτοεπίκρισης και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παράτηρούμε ότι η μέση τιμή της αυτοεπίκρισης στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 0,46 μονάδα μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,011$ ).

Η μέση τιμή της *ενοχής* (Guilt) για τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $2,21 \pm 1,67$  ενώ η μέση τιμή για την ομάδα των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $1,92 \pm 1,52$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα ενοχής και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παράτηρούμε ότι η μέση τιμή της ενοχής στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 0,29 μονάδα μεγαλύτερη από τη



μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,023$ ).

Όσον αφορά στην *εξωστρεφή εχθρότητα* (extrapunitive), (την άθροιση, δηλαδή, της βαθμολογίας των υποκλιμάκων: επίκριση των άλλων - παρορμητική εχθρότητα - πάρανοειδής εχθρότητα) μπορούσε να παρατηρήσουμε στον πίνακα 7, ότι η μέση τιμή της για τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $12,00 \pm 4,71$ , ενώ η μέση τιμή της εξωστρεφούς εχθρότητας για την ομάδα των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $11,54 \pm 5,16$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα εξωστρεφούς εχθρότητας και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή της εξωστρεφούς εχθρότητας στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 0,46 μονάδα μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,259$ ).

Για την *ενδοστρεφή εχθρότητα* (Intrapunitive), (την άθροιση της βαθμολογίας των υποκλιμάκων αυτοεπίκρισης και ενοχής) παρατηρούμε στον πίνακα 7 πως η μέση τιμή της ενδοστρεφούς εχθρότητας για τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $6,41 \pm 3,44$  ενώ η μέση τιμή της ενδοστρεφούς εχθρότητας για την ομάδα των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $5,65 \pm 3,44$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα ενδοστρεφούς εχθρότητας και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή της ενδοστρεφούς εχθρότητας στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 0,76 μονάδα μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,007$ ).

Η μέση τιμή της *ολικής εχθρότητας* (total hostility) για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν αντίστοιχα  $18,41 \pm 7,04$  και  $17,42 \pm 7,39$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα ολικής εχθρότητας και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παράτηρούμε ότι η μέση τιμή της ολικής εχθρότητας στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 1 μονάδα μεγαλύτερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,040$ ).

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, αναδεικνύονται τα υψηλά επίπεδα της εχθρότητας, όπως μετράται με το HDHQ (των Caine και συν, 1967), των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους. Το ανωτέρω εύρημα, λοιπόν, είναι σύμφωνο με αποτελέσματα προηγούμενων μελετών, οι οποίες αναφέρουν οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες συντελούν δυναμικά στην ανάπτυξη της εχθρότητας στην ενήλικη ζωή, τόσο σε υγιή άτομα, όσο και σε άτομα με παρεκκλίνουσα συμπεριφορά (Roy, 1999; Roy, 2001). Μια προσπάθεια ερμηνείας, για τα υψηλά επίπεδα της εχθρότητας των ατόμων που βίωσαν στην παιδική τους ηλικία κάποιο στρεσογόνο γεγονός και το ενθυμούνται έως την ενήλικη ζωή τους, που θα μπορούσαμε να κάνουμε, και στηρίζεται τόσο στις απόψεις του Foulds (1967, και 1965) όσο και στα αποτελέσματα των συσχετίσεων της παρούσας έρευνας, είναι ότι τα υψηλά επίπεδα της εχθρότητας μπορεί να αντανακλούν δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις. Όσο πιο βαθιές και αμοιβαία ικανοποιητικές διαπροσωπικές σχέσεις έχουν μεταξύ τους οι άνθρωποι, τόσο λιγότερο πιθανό είναι, ακόμη και σε περιπτώσεις που βρίσκονται κάτω από stress να καταφεύγουν στην εξωστρεφή ή στην ενδοστρεφή εχθρότητα. Μια άλλη εκδοχή της άποψης του Foulds (1967) είναι ότι οι άνθρωποι με φτωχές διαπροσωπικές σχέσεις έχουν υψηλότερα επίπεδα ανασφάλειας και έτσι είναι πιο ευάλωτοι στις ματαιώσεις με αποτέλεσμα να έχουν μεγαλύτερη επιθετικότητα. Από τον στατιστικό έλεγχο για την ύπαρξη των συσχετίσεων μεταξύ των υποκλιμάκων της εχθρότητας και των υποκλιμάκων της οικογενειακής ατμόσφαιρας προέκυψε πάρα πολύ υψηλή αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ολικής εχθρότητας και αυτών που αναφέρονται στις οικογενειακές σχέσεις στην οικογενειακή ανάπτυξη και ωρίμανση και στη δομή και οργάνωση του

συστήματος μεταξύ των ασθενών και των συγγενών τους. Πολύ υψηλή συσχέτιση εμφανίστηκε μεταξύ της ολικής εχθρότητας και της έκφρασης των συναισθημάτων τόσο όταν ο έλεγχος έγινε μεταξύ των ασθενών με οξεία λευχαιμία όσο και όταν έγινε μεταξύ των συγγενών τους.

## **Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος**

### **A. Οικογενειακές Σχέσεις (Relationship Dimensions)**

#### **Συνοχή (Cohesion)**

Η συνοχή που αισθάνονται τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους στην οικογένειά τους βρέθηκε κατά μέσο όρο  $6,71 \pm 2,05$ , ενώ η συνοχή που αισθάνονται τα άτομα που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους είχε μέσο όρο  $6,92 \pm 1,95$ . Τα αποτελέσματα αυτά δεν στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα συνοχής και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παράτηρούμε ότι η μέση τιμή της συνοχής στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά  $0,21$  μονάδα χαμηλότερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,217$ ).

#### **Εκφραστικότητα (Expressiveness)**

Η μέση τιμή της δυνατότητας που έχουν τα άτομα, που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, να εκφράζουν τα συναισθήματά τους στην οικογένειά τους βρέθηκε  $5,87 \pm 1,58$ , ενώ για τα άτομα που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους βρέθηκε  $5,78 \pm 1,66$ . Τα αποτελέσματα αυτά δεν στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν χαμηλά επίπεδα εκφραστικότητας και χαμηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παράτηρούμε ότι η μέση τιμή της εκφραστικότητας στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά  $0,09$  μονάδα υψηλότερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου

γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,532$ ).

### **Σύγκρουση (Conflict)**

Η μέση τιμή της σύγκρουσης που αισθάνονται να βιώνουν στην οικογένειά τους τα άτομα, που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, βρέθηκε  $2,70 \pm 2,08$ , ενώ η σύγκρουση που αισθάνονται τα άτομα που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους βρέθηκε  $2,30 \pm 2,01$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα σύγκρουσης και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, πάρατηρούμε ότι η μέση τιμή της σύγκρουσης στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά  $0,40$  μονάδα υψηλότερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,018$ ).

## **B. Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)**

### **Ανεξαρτησία (Independence)**

Η μέση τιμή της ανεξαρτησίας που αισθάνονται τα άτομα, που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, στην οικογένειά τους βρέθηκε  $5,99 \pm 1,55$ , ενώ η ανεξαρτησία που αισθάνονται τα άτομα που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους βρέθηκε  $6,14 \pm 1,54$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν χαμηλά επίπεδα ανεξαρτησίας και χαμηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, πάρατηρούμε ότι η μέση τιμή της ανεξαρτησίας στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά  $0,15$  μονάδα χαμηλότερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,242$ ).

### **Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)**

Η μέση τιμή του προσανατολισμού για επιτεύγματα που αισθάνονται να υπάρχει στην οικογένειά τους τα άτομα, που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, βρέθηκε  $6,02 \pm 1,50$ , ενώ ο προσανατολισμός για επιτεύγματα που αισθάνονται να υπάρχει στην οικογένειά τους τα άτομα που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους βρέθηκε  $5,95 \pm 1,65$ . Τα αποτελέσματα αυτά δεν στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν χαμηλά επίπεδα προσανατολισμού για επιτεύγματα και χαμηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παράτηρούμε ότι η μέση τιμή του προσανατολισμού για επιτεύγματα στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 0,07 μονάδα υψηλότερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,566$ ).

### **Προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση (Intellectual - Cultural Orientation)**

Η μέση τιμή του προσανατολισμού για πολιτισμό και διανόηση που αισθάνονται να υπάρχει στην οικογένειά τους τα άτομα, που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, βρέθηκε  $5,35 \pm 2,18$ , ενώ ο προσανατολισμός για πολιτισμό και διανόηση για τα άτομα που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους βρέθηκε  $5,20 \pm 2,19$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν χαμηλά επίπεδα προσανατολισμού για πολιτισμό και διανόηση και χαμηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παράτηρούμε ότι η μέση τιμή του προσανατολισμού για πολιτισμό και διανόηση στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 0,15 μονάδα υψηλότερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,390$ ).

### **Προσανατολισμός για ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)**

Η μέση τιμή του προσανατολισμού για ψυχαγωγία που αισθάνονται να υπάρχει τα άτομα, που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, στην οικογένειά τους βρέθηκε  $4,91 \pm 2,38$ , ενώ ο προσανατολισμός για ψυχαγωγία που αισθάνονται να υπάρχει στην οικογένειά τους τα άτομα που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους βρέθηκε  $4,78 \pm 2,20$ . Τα αποτελέσματα αυτά δεν στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν χαμηλά επίπεδα προσανατολισμού για ψυχαγωγία και χαμηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή του προσανατολισμού για ψυχαγωγία στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 0,13 μονάδα υψηλότερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,468$ ).

### **Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)**

Στην τελευταία υποκλίμακα της προσωπικής ανάπτυξης και ωρίμανσης παρατηρούμε ότι η μέση τιμή της ηθικής και θρησκευτικής έμφασης που αισθάνονται να δίνεται στην οικογένειά τους τα άτομα, που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, βρέθηκε  $4,25 \pm 2,14$ , ενώ για τα άτομα που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους βρέθηκε  $4,07 \pm 2,12$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα ηθικής και θρησκευτικής έμφασης και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή της ηθικής και θρησκευτικής έμφασης στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 0,18 μονάδα υψηλότερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,305$ ).

## **Γ. Διατήρηση του οικογενειακού συστήματος (System Maintenance Dimensions)**

### **Οργάνωση (Organization)**

Η μέση τιμή της οργάνωσης που αισθάνονται στην οικογένειά τους τα άτομα, που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, βρέθηκε  $5,59 \pm 1,84$ , ενώ η οργάνωση που αισθάνονται τα άτομα που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους βρέθηκε  $5,64 \pm 1,74$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν χαμηλά επίπεδα οργάνωσης και χαμηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή της οργάνωσης στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 0,05 μονάδα χαμηλότερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,741$ ).

### **Έλεγχος (Control)**

Η μέση τιμή του ελέγχου που αισθάνονται στην οικογένειά τους τα άτομα, που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, βρέθηκε  $4,34 \pm 1,76$ , ενώ για τα άτομα που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους βρέθηκε  $4,56 \pm 1,72$ . Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν χαμηλά επίπεδα ελέγχου και χαμηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή του ελέγχου στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 0,22 μονάδα χαμηλότερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,133$ ).

#### **Δ. Συνολική βαθμολογία της Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Incongruence Score)**

Τέλος, η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος για τα άτομα, που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν  $51,75 \pm 8,54$  ενώ για τα άτομα, που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν  $51,34 \pm 8,26$ . Τα αποτελέσματα αυτά δεν στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν πολύ υψηλά ή πολύ χαμηλά επίπεδα στη συνολική βαθμολογία της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας της Κλίμακας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν μόλις κατά 0,41 μονάδα υψηλότερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,552$ ).

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, δεν αναδεικνύονται υψηλά επίπεδα της κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος, όπως μετράται με την αντίστοιχη κλίμακα Form R-FES (των Moos, R. 1987; Moos, R. & Moos, B. 1986; Moos, R. 1990), των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, παρά μόνο στην υποκλίμακα της σύγκρουσης. Το ανωτέρω εύρημα, λοιπόν, είναι σύμφωνο με τα αποτελέσματα της μελέτης του Garmez (1985), ο οποίος αναφέρει ότι η υψηλή συνοχή στην οικογένεια λειτουργεί προστατευτικά και αυξάνει την αντοχή της οικογένειας στις στρεσογόνες συνθήκες που αντιμετωπίζει. Για τη *σύγκρουση (Conflict)*, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ενισχύονται από τα αποτελέσματα άλλων παρόμοιων ερευνών (Hoffer, 1996 και 1975), που συγκλίνουν στη διατύπωση ότι η καταπίεση της άμεσης συναισθηματικής έκφρασης από γενιά σε γενιά περιπλέκει περαιτέρω την δυναμική του οικογενειακού συστήματος και παρεμποδίζει την υγιή λεκτική έκφραση των συγκρούσεων, κατάσταση που εμφανίζεται με μεγάλη συχνότητα σε οικογένειες με ψυχοσωματικά παιδιά. Για την *ανεξαρτησία (Independence)*, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ενισχύονται από τα αποτελέσματα άλλων παρόμοιων ερευνών. Για τους Barnard και Corrales (1979), η έννοια των ορίων της οικογένειας αναφέρεται στις διαδικασίες του "μαζί" και του



"χωριστά", οι οποίες βρίσκονται σε αλληλεπίδραση. Αναφέρεται επίσης στο ποια μέλη συμμετέχουν σε τι και με ποιο τρόπο πραγματοποιείται αυτή η συμμετοχή. Τα όρια περικλείουν τη "χωρική, χρονική και συναισθηματική περιοχή των σχέσεων". Τα σαφή και διαπερατά όρια διασφαλίζουν την υγιή λειτουργία της οικογένειας, αποτρέπουν τη σύγχυση και συμβάλλουν στη διατήρηση ενός σταθερού κλίματος μέσα στην οικογένεια.

### **Η κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας - Narcissistic Personality Inventory (NPI)**

Στην κλίμακα ναρκισσιστικής προσωπικότητας του NPI των δύο ομάδων, οι μέσες τιμές για την ομάδα των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους και των ατόμων που δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους ήταν αντίστοιχα  $8,21 \pm 4,78$  και  $8,74 \pm 5,24$ . Τα αποτελέσματα αυτά δεν στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, θα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα ναρκισσισμού και υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που θα έδιναν αρνητική απάντηση. Συγκεκριμένα, πάραυτοί είπαμε ότι η μέση τιμή του ναρκισσισμού στα άτομα που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, ήταν κατά 0,53 μονάδες χαμηλότερη από τη μέση τιμή της ομάδας όσων δεν ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στη σύγκρισή τους με το T-Test ( $P=0,199$ ).

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, δεν αναδεικνύονται υψηλά επίπεδα ναρκισσισμού της κλίμακα NPI (των Raskin & Hall 1979), των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους. Το ανωτέρω εύρημα, λοιπόν, δεν είναι σύμφωνο με αποτελέσματα προηγούμενων μελετών, που αναφέρουν ότι η ανάπτυξη του ναρκισσισμού είναι αποτέλεσμα των ματαιώσεων από το περιβάλλον και έντονης στοματικής επιθετικότητας, με συνέπεια τη διασάλευση των αντικειμενοτρόπων σχέσεων και την εσωτερική τους (Kernberg, 1975).

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη συσχέτιση των μεταβλητών ανα δύο της παρούσας μελέτης έρχονται να ενισχύσουν τα αποτελέσματα άλλων μελετών. Συγκεκριμένα, οι υψηλές συσχετίσεις της κλίμακας του άγχους για την καρδιακή λειτουργία, όπως μετράται με το CAQ (των Eifert et al., 2000), συμφωνούν με τα αποτελέσματα των (Reiss et al., 1986; Asmundson & Taylor, 1996; Asmundson,

2004; Norton & Asmundson, 2004) που αναφέρουν γραμμική συσχέτιση ανάμεσα στο φόβο και στο άγχος των σωματικών αισθήσεων αλλά και με τα αποτελέσματα μελετών που έχουν διαπιστώσει ότι μια πλειοψηφία φοβικών ατόμων, εστιάζει στην βιωμένη εμπειρία ως κεντρική δομή στην απόκτηση φόβου τους (Di Nardo et al., 1988).

Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων του φόβου του πόνου, όπως μετράται με το FPQ-III (των McNeil & Rainwater, 1998), των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, με τις υποκλίμακες της εχθρότητας είναι σύμφωνα με αποτελέσματα άλλων μελετών, οι οποίες αναφέρουν ότι ένας από τους τρόπους με τους οποίους φαίνεται να προσπαθούν τα άτομα που νιώθουν φόβο να προστατέψουν τον εαυτό τους, είναι η εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς, είτε προς τους άλλους, είτε προς τον εαυτό τους (αυτοεπίκριση)(Stemmler, et al., 2007). Επίσης, συμφωνούν με ερευνητικά ευρήματα που δείχνουν ότι αφ' ενός, η επιθετικότητα λειτουργεί ως αυτόνομη αντανakλαστική αντίδραση και αφετέρου, αποτελεί μια κοινωνικοποιημένη μορφή του συναισθήματος του φόβου (Le Doux et al., 1990; Jarymowicz & Bar-Tal, 2006; Stemmler, et al., 2007; Grahama et al., 2007).

Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων της κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος, όπως μετράται με την αντίστοιχη κλίμακα Form R-FES (των Moos, R. 1987; Moos, R. & Moos, B. 1986; Moos, R. 1990), των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους με τις μεταβλητές της κλίμακας του φόβου του πόνου συμφωνούν με έρευνες για την ανάπτυξη του φόβου, του άγχους και της σωματικής ευαισθησίας, που έχουν δείξει την άμεση συσχέτιση των παράγοντων αυτών σε συνάρτηση με τη λειτουργία της οικογένειας (Katz & Low, 2004). Είναι κοινά αποδεκτό, ότι οι φόβοι παιδικής ηλικίας προκύπτουν, επειδή το παιδί αντιλαμβάνεται όλο και περισσότερο τους πιθανούς κινδύνους για δικούς του, από το οικογενειακό του περιβάλλον και ότι το επίπεδο φόβου της μητέρας αλλά και η έκφρασή του από την ίδια συμβάλλουν στην ανάπτυξη του φόβου των παιδιών (Muris et al., 1995; Rantavuori et al., 2004). Συμφωνούν, επίσης, με έρευνες που έχουν καταδείξει τη σχέση της οικογενειακής συνοχής με το κοινωνικό άγχος και το φόβο της αρνητικής αξιολόγησης (Peleg-Popko & Dar, 2001), αλλά και με αποτελέσματα που έχουν αναδείξει ότι οι οικογενειακές μεταβλητές, όπως η οικογενειακή σύγκρουση, η συνοχή, η οργάνωση και οι εσωτερικές διεργασίες εντός του οικογενειακού περιβάλλοντος, συνδέονται με ολόένα αυξανόμενο άγχος και σωματική ευαισθησία κατά τη διάρκεια του χρόνου (Merikangas et al., 1998 ; Mendlowitz et al., 1999; Crockenberg & Langrock, 2001 ; Peleg-Popko, 2002; Rantavuori et al., 2004; Garralda, 2008).

Τέλος, από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύεται η σχέση των στρεσογόνων γεγονότων παιδικής ηλικίας αλλά και του συναισθήματος του φόβου με την ψυχοπαθολογία, διαπίστωση που έρχεται να ενισχύσει αποτελέσματα που έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα του ρόλου που διαδραματίζει ο φόβος, το άγχος και η σωματοποίηση του άγχους στην εμφάνιση και την πορεία διαφόρων τύπων ψυχοπαθολογίας (Goodwin, 1986; Menzies & Clarke, 1994; McNeil & Rainwater, 1998; Barlow, 2000; Vlaeyen & Linton, 2000; Asmundson, 2004; Kim & Gorman, 2005; Taylor, 2006 ; Taylor, Asmundson & Wald, 2007; Leahy, 2007; Macht, 2008).

## 5. Συμπεράσματα

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, σχετικά με τα χαρακτηριστικά της ομάδας των ατόμων που ανέφεραν ότι κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας βίωσαν κάποιο στρεσογόνο γεγονός, είναι τα εξής:

- Υψηλά επίπεδα των συμπτωμάτων άγχους του πόνου, όπως μετράται με το PASS-20 (των McCracken & Dhingra, 2002) των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους.
- Υψηλά επίπεδα του άγχους για την καρδιακή λειτουργία, όπως μετράται με το CAQ (των Eifert et al., 2000), των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους.
- Υψηλά επίπεδα του φόβου του πόνου, όπως μετράται με το FPQ-III (των McNeil & Rainwater, 1998), των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους.
- Οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες, αναλαμβάνουν το ρόλο του σημαντικότερου παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη και την διατήρηση ψυχιατρικών διαταραχών, διαταραχών της προσωπικότητας και ψυχοπαθολογίας (Leserman et al., 1998; Carlier et al., 2000; Johnson et al., 2000; Bandelow et al, 2002).
- Υψηλά επίπεδα της εχθρότητας, όπως μετράται με το HDHQ (των Caine και συν, 1967), των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους.
- Δεν αναδεικνύονται υψηλά επίπεδα της κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος, όπως μετράται με την αντίστοιχη κλίμακα Form R-FES (των Moos, R. 1987; Moos, R. & Moos, B. 1986; Moos, R. 1990), των ατόμων που ανέφεραν βίωμα στρεσογόνου γεγονότος κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, παρά μόνο στην υποκλίμακα της σύγκρουσης.

## Βιβλιογραφία

1. Adolphs R., and Heberlein A. S., (2003). Emotion. *Encyclopedia of the Human Brain*, pp. 181-191.
2. Adolphs R., Tranel D., Damasio H., and Damasio A., (1994). Impaired recognition of emotion in facial expressions following bilateral damage to the human amygdala, *Nature*, 372, pp. 669-672.
3. Ahlbom, A. & Norell S. (1992). *Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιδημιολογία*. (Μετάφραση: Δημολιάτης, Γ., Χουλιάρη, Σ. & Αναστασόπουλος Π.). Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας
4. Altheide L.D., (2006). Terrorism and the Politics of Fear. *Critical Methodologies*, 6, (4), pp. 415-439
5. Altheide, D. L. (1997). The news media, the problem frame, and the production of fear. *The Sociological Quarterly*, 38, pp. 646-668.
6. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author
7. Anderson K.O., Dowds B.N., Pelletz R.E., Edwards W.T. and Peeters-Asdourian C., (1995). Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain, *Pain*, 63, pp. 77-84.
8. Apresjan V., (1997). 'Fear' and 'pity' in Russian and English from a lexicographic perspective. *International Journal of Lexicography*, 10 ( 2), pp, 108-109.
9. Armfield M J., (2007). Understanding animal fears: a comparison of the cognitive vulnerability and harm-looming models. *BMC Psychiatry*, 7, pp 68.
10. Armfield M.J., (2006). Cognitive vulnerability: A model of the etiology of fear. *Clinical Psychology Review*, 26, (6), pp. 746-768.
11. Armfield M.J., Stewart F.J & Spencer A.J., (2007). The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health*, 7, pp.1-15.
12. Arnstein, P., ( 2000).The mediation of disability by self efficacy in different samples of chronic pain patients. *Disability and Rehabilitation*, 22, pp. 794-801.
13. Arrindell, W.A., Pickersgill, M.J., Merckelbach, H., Ardon, A.M. and Cornet, F.C., (1991). Phobic dimensions: III. Factor analytic approaches to the study of common phobic fears: An updated review of findings obtained with adult subjects. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 13, pp. 73-130.
14. Asmundson G. J. G. & R. Carleton R., (2005). Fear of Pain is Elevated in Adults with Co-Occurring Trauma-Related Stress and Social Anxiety Symptoms. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34, (4), pp. 248 - 255.
15. Asmundson G.J.G., Norton J.P., & Norton R.G., (1999). Beyond pain The role of fear and avoidance in chronicity. *Clinical Psychology Review*, 19, (1), pp.97-119.
16. Asmundson, G. J. G. & Taylor, S. (1996). Role of anxiety sensitivity in pain-related fear and avoidance. *Journal of Behavioral Medicine*, 19, pp.573-582.
17. Asmundson, G.J.G., Vlaeyen, J.W. S. & Crombez, G., (2004). *Understanding and Treating Fear of Pain*, Oxford: Oxford University Press, pp. 3-24.
18. Atkinson L.R. & Atkinson C.R., et al., (2000). *Hilgard's Introduction to Psychology*, Τόμος Β, (μεταφρ. Σολμαν). Αθήνα. Παπαζήση (2004), pp. 106.

19. Averill, J. R. (2005). Emotions as mediators and as products of creative activity. In J. Kaufman & J. Baer (Eds.), *Creativity across domains: Faces of the muse*. Mahwah, NJ: Erlbaum, pp. 225-244.
20. Bakker N. (2000). The Meaning Of Fear. Emotional Standards For Children In The Netherlands, 1850-1950: Was There A Western Transformation? *Journal of Social History*,34, (2), pp. 369-391.
21. Baltzly D., (2008). Stoicism. *Stanford Encyclopedia of philosophy*. The Metaphysics Research Lab, Stanford University.
22. Bandelow B., Spath C., Tichauer G.A'I., Broocks, A., Hajak, G., and Ruther, E., (2002). Early Traumatic Life Events, Parental Attitudes, Family History, and Birth Risk Factors in Patients With Panic Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43, (4), pp 269-278.
23. Bandura A., (1983). Self-efficacy determinants of anticipated fears and calamities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, pp. 464–468.
24. Bandura A., Adams N.E. and Beyer J., (1977).Cognitive processes mediating behavior change, *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, pp. 125–139.
25. Barlow D. H., ( 2000). Unraveling the Mysteries of Anxiety and its Disorders From the Perspective of Emotion Theory. *American Psychologist*, 55, (11), pp. 1247-1263.
26. Barlow H.D. (1998). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic*. New York, the Guilfoford Press, pp.8-10.
27. Barnard, C.P. & Corrales, R.G. (1979). *The theory and techniques of family therapy*. Springfield, IL: Charles C. Thomas. p: 7,13,29.
28. Barrett L.F., ( 2006b ). Solving the emotion paradox : Categorization and the experiece of emotion. *Personality and Social Psychology Review*,10, pp. 20 – 46.
29. Bartholomew K., (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, pp.147-178.
30. Beck, A. T. (1988). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. In S. Rachman, & J. D. Maser(Eds.), *Panic: Psychological perspectives*. Hillsdale: Erlbaum, pp. 91–110.
31. Behar M.,& Berhie S., (2008). Paging Dr. Fear. *Popular Science*, 272 (1), pp. 50-55, 82, 84, 86.
32. Berkowitz, L., (1989).The frustration–aggression hypothesis: An examination and reformulation, *Psychological Bulletin*, 106, pp. 59–73.
33. Berry D.S.,& Pennebaker J.W., (1993). Nonverbal and verbal emotional expression and health. *Psychotherapy and psychosomatics*, 59, pp.11-19.
34. Birbaumer N., Veit R., Lotze M., Erb M., et al., (2005). Deficient fear conditioning in psychopathy. *Arch Gen Psychiat*, 62, pp. 799–805.
35. Birkimer J.C., Johston P., and Berry M.M., (2004). Guilt and help from friends: variables related to healthy behaviour. *The Journal of Social Psychology*, 133, (5) pp. 683–692.
36. Bitterman M.E., (2006). Classical conditioning since Pavlov. *Review of General Psychology*, 10, pp. 365–376.

37. Blackburn, I.M., Lyketsos, G. & Tsiantis, J. (1979). The temporal relationship between hostility and depressed mood. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 18: 227-235.
38. Boisset-Piolo, M.H., Esdaile J.M, and Fitzcharles M., (1995). Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome, *Arthritis Rheum*, 38, pp. 235-241.
39. Bolles C., & Fanselow M. S., (1980). A perceptual-defensive-recuperative model of fear and pain. *Behavioral and Brain Sciences*, 3, (2), pp. 291-323.
40. Bouchard S., Gauthier J., Nouwen A., Ivers H., et all., (2007). Temporal relationship between dysfunctional beliefs, self-efficacy and panic apprehension in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, pp.275-292.
41. Bourdon K.H., Boyd J.H, Rae, D.S., et all., (1988). Gender differences in phobias: results of the ECA community survey. *J Anxiety Disord*, 2, pp. 227-241.
42. Bourke J., ( 2003). Fear and Anxiety: Writing about Emotion in Modern History. *History Workshop Journal*,55, pp,111-129.
43. Bowlby J., (1969). *Attachment and Loss: Attachment (Vol. I.)*, N.Y: Basic Books.
44. Boyce, T. W., Quas, J., Alkon, A., Smider, N. A., Essex, M. J., & Kupfer, D. J. (2001). Autonomic reactivity and psychopathology in middle childhood.. *British Journal of Psychiatry*, 179, pp. 144-150.
45. Broks P., Young A. W., Maratos E. J. Coffey P. J., Calder A. J., Isaac C. L. and Mayes A.R., ( 1998).Face Processing Impairments After Encephalitis: Amygdala Damage and Recognition of Fear.*Neuropsychologia*, 36, pp. 59-70.
46. Burgess, E.W., (1926). The family as a unity of interacting personalities, *Family*, 7, pp. 3-9.
47. Burnham J.J., Schaefer A.B. and Giesen J. (2006). An Empirical Taxonomy Of Youths' Fears: Cluster Analysis Of The American Fear Survey Schedule. *Psychology in the Schools*, 43(6), PP. 673-681.
48. Buss, Kristin A., Davidson, R., Kalin, Ned H., Goldsmith, H H., (2004). Context-Specific Freezing and Associated Physiological Reactivity as a Dysregulated Fear Response. *Developmental Psychology*, 40, (4),pp 583- 594.
49. Βαϊδάκης Ν., (2008). Φόβος. Στο: «Αγχος; Ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις» Αλεβίζος Β., Αθήνα, Βήτα Ιατρικές εκδ.,pp. 31-35,47.
50. Caine, T.M., Foulds, G.A., Hope, K. (1967). *Manual of Hostility and Direction of Hostility Questionnaire*. London: University of London Press.
51. Cameron D.L., & Chan Carina K.Y., (2008) *Designing Health Communications: Harnessing the Power of Affect, Imagery, and Self-Regulation*. *Social and Personality Psychology Compass*, 2, (1),PP. 262-282.
52. Campos B., Keltner D., and Parker Tapias M., (2004). Emotion. *Encyclopedia of Applied Psychology*,1, pp. 713- 723.
53. Carleton R.N and Asmundson G. J. G (In press). The Multidimensionality of Fear of Pain: Construct Independence for the Fear of Pain Questionnaire-Short Form and the Pain Anxiety Symptoms Scale-20.*The Journal of Pain*,doi:10.1016/j.jpain.2008.06.007.
54. Carlier I.V.E., Voerman B.E.,& Gersons B.P.R., (2000). Intrusive traumatic recollections and comorbid posttraumatic stress disorder in depressed patients. *Psychosom Med*, 62, pp. 26-23.

55. Chodorow N. J., (2002). Melanie Klein, (1882–1960). *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, Elsevier Science Ltd, pp. 8111-8113.
56. Chubb, H. (1990). Looking at system as process. *Family Process*. 28, pp.169-175.
57. Ciechanowski P.S., Sullivan M., Jensen M., Romano J., and Summers H., (2003). The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain*, 104, pp. 627–637.
58. Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, pp. 461–470.
59. Cohon R., (2004). Hume's Moral Philosophy. *Stanford Encyclopedia of philosophy*. The Metaphysics Research Lab, Stanford University.
60. Consedine S.N., & Moskowitz J.T., (2007). The role of discrete emotions in health outcomes: A critical review. *Applied and Preventive Psychology*, 12(2), pp. 59-75.
61. Coons, M.J., Hadjistavropoulos H.D and Asmundson, G.J. (2004). Factor structure and psychometric properties of the Pain Anxiety Symptoms Scale-20 in a community physiotherapy clinic sample, *Eur J Pain*,8, pp. 511–516.
62. Cooper A., Perkins, A.M., Corr, P.J., (2007). A Confirmatory Factor Analytic Study of Anxiety, Fear, and Behavioral Inhibition System Measures. *Journal of Individual Differences*, 28, (4), pp. 179-187.
63. Copeland, W., Keeler, G., Angold A., and Costello, E. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood, *Archives of General Psychiatry*, 64, pp. 577–584.
64. Corenblum B. & Stephan W., (2001). White Fears and Native Apprehensions: An Integrated Threat Theory Approach to Intergroup Attitudes. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 33, (4), pp.251-268.
65. Corey R., (2000). Fear: A Genealogy of Morals. *Social Research*, 67, (4), pp. 1085-1115.
66. Corr P., and Perkins A., (2006). The role of theory in the psychophysiology of personality: From Ivan Pavlov to Jeffrey Gray. *International Journal of Psychophysiology*, 62(3), pp. 367-376.
67. Cox B.J., (1996). The nature and assessment of catastrophic thoughts in panic disorder. *Behavior Research and Therapy* 34, pp. 363–374.
68. Crepaz N. and Marks G., (2001). Are negative affective states associated with HIV sexual risk behaviors? A meta-analytic review. *Health Psychology*, 20, (4), pp. 291–299.
69. Crockenberg S., & Langrock A., (2001). The role of specific emotions in children's responses to interparental conflict : A test of the model. *Journal of family psychology*, 15, (2), pp. 163-182.
70. Crombez G., Vlaeyen J. W., & Heuts P. H. (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself: Evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*, 80, pp. 329- 339.
71. Damasio, A., (1994). *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain* (μεταφρ. Κ. Παπακωνσταντίνου). Αθήνα, Σύναλμα.
72. Davey G.C.L (1997). A conditioning model of phobias. In: G.C.L. Davey, Editor, *Phobias: A handbook of theory, research and treatment*, Wiley, Chichester, pp. 301–322.



73. Davis M., (2002). Fear: Potentiation of Startle. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, Elsevier Science Ltd, pp. 5425-5428.
74. De Jong P.J. and Muris P., (2002). Spider phobia: Interaction of disgust and perceived likelihood of involuntary physical contact, *Journal of Anxiety Disorders*, 16, pp. 51-65.
75. De Oliveira N., (2006). In the realm of anxiety. Πρακτικά συμποσίου «Ο Φόβος Στην Τέχνη Και Στην Ζωή». Μέτσοβο, 30 Ιουνίου-2 Ιουλίου, Ίδρυμα Αβέρωφ, pp. 86-101.
76. De Sousa, R., (2007). Emotion. *Stanford Encyclopedia of philosophy*. The Metaphysics Research Lab, Stanford University.
77. Debiec J., Le Doux, J., (2004). Fear and the Brain. *Social Research*, 71 (4), pp. 807-818.
78. Dehghani, M., Sharpe, L., Nicholas M.K., (2003). Selective attention to pain-related information in chronic musculoskeletal pain patients. *Pain*, 105, (1-2), pp. 37-46.
79. Delgado M.R., Olsson A. and Phelps E.A. (2006). Extending animal models of fear conditioning to humans. *Biological Psychology*, 73(1), pp. 39-48.
80. Derogatis, LR (1977). *The SCL-90 Manual I. Scoring, Administration and Procedures for the SL-90*. Baltimore, MD: John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.
81. Dethy M., (2000). *Introduction a la psychanalyse de Lacan* (μετφρ. Ποταμιάνου Ν.), Αθήνα, Καστανιώτη, pp. 69-83.
82. Di Nardo P.A., Guzy L.T., and Bak R.M., (1988). Anxiety response patterns and etiological factors in dog-fearful and non-fearful subjects. *Behaviour Research and Therapy*, 26, pp. 245-252.
83. Dillard P.J. & Anderson W.J, (2004). The Role of Fear in Persuasion. *Psychology & Marketing*, 21, (11), pp. 909-926.
84. Distel A.M., Vink M. J., Willemsen G., Middeldorp M. C., et, all., ( 2008). Heritability of Self-reported Phobic Fear. *Behavior Genetics*, 38, (1), pp. 24-33.
85. Drosos, A., Angelopoulos, N.V., Liakos, A. & Moutsopoulos, H. (1989). Personality structure disturbances and psychiatric manifestations in primary Sjogren's syndrome. *J. Autoimmunity*. 2: 489-493.
86. Eastin M.S. and Guinsler N.M., (2006). Worried and wired: Effects of health anxiety on information-seeking and health care utilization behaviors, *Cyberpsychology and Behavior*, 9, (4), pp. 494-498.
87. Eccleston C., & Crombez G., (2007). Worry and chronic pain: A misdirected problem solving model. *Pain*, 132, (3), pp. 233-236.
88. Eccleston C., (2001). Role of psychology in pain management. *British Journal of Anaesthesia*, 87, (1), pp. 144-152.
89. Economou, M. & Angelopoulos, N.V. (1989). Dysthymic symptom, hostility and scholastic achievement in a group of high school students. *Educ. Psychol.* 9(4): 331-337.
90. Ednie K. J., (2005). Emotions and Life: Perspectives for Psychology, Biology, and Evolution. *Am J Psychiatry*, 162, pp. 409.

91. Ehlers A and Clark D., (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, pp. 319–345.
92. Eifert, G. H. (1992). Cardiophobia: A paradigmatic behavioral model of heart-focused anxiety and non-anginal chest pain. *Behaviour Research and Therapy*, 30, pp.329-345.
93. Eifert, G. H., & Forsyth, J. F. (1996). Heart-focused and general illness fears in relation to parental medical history and separation experiences. *Behaviour Research and Therapy*, 34, pp,735-739.
94. Eifert, G. H., Thompson, R. N., Zvolensky, M. J., Edwards, K., Frazer, N. L., Haddad, J. H., et al. (2000). The Cardiac Anxiety Questionnaire: Development and preliminary validity. *Behaviour Research and Therapy*, 38, pp.1039-1053.
95. Emmons, R. A. (1981). Relationship between narcissism and sensation seeking. *Psychological Reports*, 48, pp. 247–250.
96. Famularo, R., Kinscherff, R. and Fenton, T., (1992). Psychiatric diagnoses of maltreated children: Preliminary findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*,31, pp. 863–867.
97. Faytout M., Tignol J., Swendsen J., Grabot D., et all., (2007). Social phobia, fear of negative evaluation and harm avoidance. *European Psychiatry*, 22, pp. 75- 79.
98. Festinger L., (1957). A theory of cognition dissonance. Evanston, Row Peterson.
99. Field A.P., Argyris N.G. and Knowles K.A. (2001). Who's afraid of the big bad wolf: a prospective paradigm to test Rachman's indirect pathways in children, *Behaviour Research and Therapy*, 39, pp. 1259–1276.
100. Fiske, S., & Taylor, S. (1991). *Social cognition* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
101. Flor H. & Birbaumer N., (2002). Fear Conditioning. *International Encyclopedia of the Social& Behavioral Sciences*, Elsevier Science Ltd, pp. 5422-5425.
102. Flor H. and Hermann C., (2004). Biopsychosocial models of pain. In: R.H. Dworkin and W.S. Breitbart, Editors, *Psychosocial aspects of pain: a handbook for health care providers*, Progress in pain research and management, 27, IASP Press, Seattle, pp. 47–75.
103. Foa B. E., & Kozak J. M., (1986). Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information, *Psychological Bulletin*,99, (1),pp. 20-35.
104. Foersterling F. & Morgenstern M., (2002). Accuracy of self-assessment and task performance: Does it pay to know the truth? *Journal of Educational Psychology*, 94, pp. 576- 585.
105. Folkman S., and Lazarus R S., (1988). Coping as a Mediator of Emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3),pp. 476-475.
106. Fordyce W.E., Shelton J.L. and Dundore, D.E. (1982). The modification of avoidance learning in pain behaviors. *J Behav Med*, 5, pp. 405–414.
107. Foulds, G.A. (1965). *Personality and Personal illness*. London: Tavistock.
108. Foulds, G.A. (1967). Some differences between Neurotics and Character disorders. *Brit. J. Soc. Clin. Psychol.* 6 :52-59.
109. Frank W.A., (2007). Five Dramas of Illness. *Perspectives in Biology and Medicine*, 50, (3),pp. 379-394.
110. Frasure-Smith N., Lesperance F., & Talajic M., (1995). Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*, 91, pp. 999–1005.

111. Freud S., (1926). Inhibitions, Symptoms and Anxiety. In Stochy J (ed). Complete Psychological Works of Sigmund Freud. London, Hogarth Press, (1955) 20, pp.169-172.
112. Freud S., (1952). A General Introduction to Psychoanalysis. New York, pp.103.
113. Freud S., (1917).General theory of the neurosis, Lecture 25:Anxiety. In: Freud S. (ed). Introductory lectures on psychoanalysis (translated by J.Strachey,2<sup>nd</sup> ed). London, Penguin Books, (1991), pp. 440-460.
114. Freud S., (1927). The Future of an Illusion. New York: Liveright.
115. Freud, S. (1914). On narcissism: An introduction. S.E., 14, pp.73-102.
116. Freud, S., (1920). Πέρα από την αρχή της ηδονής (μετάφρ. Λ.Αναγνώστου), Αθήνα, Επικούρος, (2001).
117. Friedman, L.S., Samet, J.H., Roberts, M.S., Hudlin, M., and Hans,P., (1992).Injury about victimization experiences. A survey of patient preferences and physician practices. Archives of Internal Medicine, 152, 1186-1190.
118. Fuller C.R., (2007). Spirituality in the Flesh: The Role of Discrete Emotions in Religious Life. Journal of the American Academy of Religion, 75, (1), pp. 25-51.
119. Garmezy, M. (1985). Stress resistant children: the search for protective factors. Στο J.E. Stevenson (Ed.) Recent Research in Developmental Psychopathology. Oxford: Pergamon Press.
120. Garofalo J., (1981).Crime and the mass media: A selective review of research. Journal of research in crime and delinquency, 8, pp. 319- 350.
121. Garralda E., (2008). Somatization and somatoform disorders. Psychiatry, 7, ( 8), pp. 353-356.
122. Garside-Bayrakdar R. and Dougan -Klimes B. (2002). Socialization of Discrete Negative Emotions: Gender Differences and Links With Psychological Distress. Sex Roles, 47, Nos. 3/4, pp.115-127.
123. Gatchel R. J., Yuan Bo P., Madelon L. P., Perry N. F., &Turk D. C., (2007). The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions. Psychological Bulletin, 133, (4), pp. 581-624.
124. Gatchel R.J. and Turk D.C. (1999). In: R.J. Gatchel and D.C. Turk, Editors, Psychosocial factors in pain: Clinical implications, The Guilford Press, New York.
125. Gatchel R.J., Peng Y.B., Peters M.L., Fuchs P.N., &Turk D. C., (2007). The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions. Psychological Bulletin, 133, (4), pp. 581-624.
126. Gayer J., (2005). Helsinki. Art Papers, 29, (2),pp. 60-61.
127. George S.Z., Dannecker E.A. and Robinson M.E., (2006). Fear of pain, not pain catastrophizing, predicts acute pain intensity, but neither factor predicts tolerance or blood pressure reactivity: An experimental investigation in pain -free individuals. European Journal of Pain, 10, (5), pp. 457-465.
128. Gerull F.C. and Rapee R.M., (2002).Mother knows best: Effects of maternal modelling on the acquisition of fear and avoidance behaviour in toddlers, Behaviour Research and Therapy, 40, pp. 279-287.
129. Gillespie R.D., (1945).War neuroses after psychological trauma. British Medical Journal, 1, pp. 653-656.

130. Glassner B., ( 1999).The Construction of Fear. *Qualitative Sociology*, 22, (4), pp.301-309.
131. Gogas K. R., Lechner S. M., Markison S., Williams J. P., McCarthy W., Grigoriadis D. E., and Foster A. C., (2007). Anxiety. *Comprehensive Medicinal Chemistry II*, 6, pp. 85-115.
132. Goldstein, M. (1959). The relationship between coping and avoiding behavior and response to fear-arousing propaganda. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58, pp. 247-252.
133. Goodwin D.W. (1986). Anxiety. New York, Oxford, Oxford University Press, pp. 23-41, 128-137, 145-151.
134. Goodwin D.W. (1986). Anxiety. New York, Oxford, Oxford University Press, pp. 23-41, 128-137, 145-151.
135. Goubert L., Crombez G., & Van Damme S., (2004) The role of neuroticism, pain catastrophizing and pain -related fear in vigilance to pain: a structural equations approach, *Pain*, 107, (3), pp. 234-241.
136. Grahama R., Devinsky O.,& LaBar K., (2007). Quantifying deficits in the perception of fear and anger in morphed facial expressions after bilateral amygdala damage. *Neuropsychologia*, 45, pp. 42-54.
137. Gray J., (1987).The psychology of fear and stress.2<sup>nd</sup> ed.Cambridge, England, Cambridge University Press.
138. Greenberg M., Wortman C.B., & Stone A.A, (1996). Emotional Expression and Physical Health: Revising Traumatic Memories or Fostering Self-Regulation? *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, (3), pp. 588-602.
139. Griffiths P. E., (2002). Evolution of Emotions. *International Encyclopedia of the Social& Behavioral Sciences*, pp. 4463-4466.
140. Gullone E., (2000). The development of normal fear:A century of research. *Clinical Psychology Review*,20, (4), pp. 429-451.
141. Gullone, E., & King, N. J. (1993). The fears of youth in the 1990s: Contemporary normative data. *Journal of Genetic Psychology*, 154, (2), pp.137-153.
142. Haeffner N., (2006). Fear itself: A post-psychoanalytic approach to cinematic anxiety. Πρακτικά συμποσίου «Ο Φόβος Στην Τέχνη Και Στην Ζωή». Μέτσοβο, 30Ιουνίου-2 Ιουλίου, Ίδρυμα Αβέρωφ, pp.118-127.
143. Hagh-Shenas, H., Goodarzi, M. Dehbozorgi G. and. Farashbandi, H., (2005). Psychological consequences of the bam earthquake on professional and nonprofessional helpers, *Journal of Traumatic Stress*, 18, pp. 477-483.
144. Hamm A. O., Weike A I. (2005). The neuropsychology of fear learning and fear regulation. *International Journal of Psychophysiology*, 57(1), pp. 5-14.
145. Harbeck N.,& Haidinger R., (2007). The patient experience. *Breast Cancer Res Treat*, 105, (1), pp. 91-103.
146. Harold P. B., (2007). Holocaust Trauma Reconstructed: Individual, Familial, and Social Trauma, *Psychoanalytic Psychology* 24(1), pp. 63-73.
147. Harris B., (1979). Whatever happened to Little Albert? *American Psychologist*, 34, pp. 151-160.

148. Hassett, A.L., Cone J.D. & Sigal, L.H. (2000).The role of catastrophizing in the pain and depression of women with fibromyalgia syndrome, *Arthritis Rheum*,43 pp. 2493–2500.
149. Hastings G., Stead M., and Webb J., (2004). Fear Appeals in Social Marketing: Strategic and Ethical Reasons for Concern. *Psychology & Marketing*, 21, (11), pp. 961–986.
150. Hazan C., & Shaver P. R., (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, pp. 511-524.
151. Hepworth, D.H. & Larsen, J.A. (1986). *Direct social work practice: theory and skills*. Chicago, IL: Dorsey Press. Pp. 223.
152. Hettema J.M., Neale M.C., Kendler K.S., (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 158, pp. 1568-1578.
153. Hettema, J M., Annas P., Neale, M. C., Kendler K.S., Fredrikson M., (2003). A Twin Study of the Genetics of Fear Conditioning. *Arch Gen Psychiatry*,60, pp. 702-708.
154. Hexel M., Wiesnagrotzki S., & Sonneck, G (2004). Psychiatric Disorders and Traumatic Life events. *German J Psychiatry*,7, (3), pp.28-34.
155. Hicks M.B. & Patrick J.C., ( 2006). Psychopathy and Negative Emotionality: Analyses of Suppressor Effects Reveal Distinct Relations With Emotional Distress, Fearfulness, and Anger–Hostility. *J Abnorm Psychol*, 115, (2),pp. 276- 287.
156. Hiram M. S., ( 1894). A study of fear as primitive emotion. *Psychological Review*, 1(3), pp, 241-256.
157. Hirsch C. R., & Holmes A. E., (2007). Mental imagery in anxiety disorders. *Psychiatry*, 6, (4), pp.161-165.
158. Hirsh A., George S., Bialosky J. and Robinson M. (2007). Fear of pain, pain catastrophizing, and acute pain perception: Relative prediction and timing of assessment. *The Journal of Pain*, 8, (4), pp.56.
159. Hjort M., (1997). *Emotion and the Arts*. New York, Oxford:Oxford University Press, pp. 267.
160. Hoffer, M.A. (1975). Studies on how early maternal separation produces behavioral change in young rats. *Psychosomatic Medicine*. 37: 245-264.
161. Hoffer, M.A. (1996). On the nature and consequences of early loss. *Psychosomatic Medicine*. 58: 570-581.
162. Hoffmann S., (2004).Thoughts on Fear in Global Society. *Social Research*, 71, (4), pp. 1023-1036.
163. Hofmann G.S., Schulz M. S., Meuret E.A, Moscovitch A.M.,, and Suvak M., (2006). Sudden Gains During Therapy of Social Phobia. *J Consult Clin Psychol*, 74, (4), pp. 687-697.
164. Hofmann S.G., (2008).Cognitive processes during fear acquisition and extinction in animals and humans: Implications for exposure therapy of anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*,28, (2),pp. 199-210.
165. Holahan, C.J., Moos, R., Holahan, C.K. et al. (1995). Social Support, Coping, and Depressive Symptoms in a Late-Middle-Aged Sample of Patients Reporting Cardiac Illness. *Health Psychology*. 14, (2), pp.152-163.

166. Holahan, C.J., Moos, R., Holahan, C.K. et al. (1997). Social Context, Coping Strategies, and Depressive Symptoms: An Expanded Model With Cardiac Patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, (4), pp.918-928.
167. Hollander J., (2004). Fear Itself. *Social Research*, 71, (4), pp. 865-886.
168. Horton D. H., (2000). San Francisco. *Art Papers*, 24, (2), pp. 47-48.
169. Hoyer J., Eifert H.G. Einsle, F., Zimmermann K., Krauss S., & et al., (2008). Heart-focused anxiety before and after cardiac surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, (3)pp.,291-297.
170. Huberty, C. J., and Morris, J. D. (1989), "Multivariate Analysis Versus Multiple Univariate Analyses," *Psychological Bulletin*, 105, pp. 302-308.
171. Huddy L., (2004). Fear and How It Works: Science and the Social Sciences. *Social Research*, 71(4), pp. 801-805.
172. Huther G., (2005). *Biologie der Angst*. (μεταφρ. Κολοτσα Μ). Αθήνα. Πολιτροπόν (2007), pp.27-31.
173. Iserson V.K., Heine EC., Larkin L.G, Moskop C.J., Baruch J., and Aswegan LA., (2008). Fight or Flight: The Ethics of Emergency Physician Disaster Response. *Annals of Emergency Medicine*, 51, (4), pp. 345-353.
174. Izard C. E., (2002). Translating Emotion Theory and Research Into Preventive Interventions. *Psychological Bulletin*, 128, (5), pp.796-824.
175. James W., (1890/1981). *The principles of psychology*, Harvard University Press, Cambridge
176. Janis, I. L. (1967). Effects of fear arousal on attitude change: Recent developments in theory and experimental research. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, 3, New York Academic Press.
177. Jarymowicz M., Bar-tal D., (2006). The dominance of fear over hope in the life of individuals and collectives. *Eur J Soc Psychol*, 36, pp. 369-372.
178. Johnson J.G., Smailes E.M., Cohen P., Brown J., Bernstein D.P.. (2000). Associations between four types of childhood neglect and personality disorder symptoms during adolescence and early adulthood: findings of a community-based longitudinal study. *J Personal Disord*, 14, pp. 171-187.
179. Jones C. A., (2005). Doubt Fear. *Art Papers*, 29, (1), pp. 24-35.
180. Jung C.G., (1939). *The integration of the personality*. New York, Farrar & Rinehart.
181. Kalat W.J., (1995). *Biological psychology*. (μεταφρ. Καστελλάκης Α., Χριστιδης Δ.). Τόμος Β', Αθήνα, Έλλην, (2003), pp.453-459.
182. Kalin H. N., (1997). The neurobiology of fear. *Scientific American*. Special Issue, pp. 76-83.
183. Kaplan I.H., Sadock J.B., (1998). Anxiety disorders. In: *Synopsis of psychiatry*, Vol. B' 8<sup>th</sup> ed, Baltimore, Williams & Wilkins, pp. 581-640.
184. Kar N, Mohapatra K.P., Nayak C.K., Pattanaik P., et all., (2007). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents one year after a super-cyclone in Orissa, India: exploring cross-cultural validity and vulnerability factors. *BMC Psychiatry*, 7(1), pp.1-3.
185. Karasmanis V., (2006). Soul and body in Plato. *International Congress Series*, 1286, pp. 1-6.

186. Kätsyri J., Sams M., (2008).The effect of dynamics on identifying basic emotions from synthetic and natural faces. *International Journal of Human-Computer Studies*, 66 (4), pp. 233-242.
187. Katz J., (1987). What make crime news. *Media Culture and Society*, 9, pp. 47-75.
188. Katz L.F. and Low, S.M. (2004).Marital violence, co-parenting, and family-level processes in relation to children's adjustment, *Journal of Family Psychology*,18, pp. 372–382.
189. Katzelnick D.J.,& Greist J.H., (2001).Social anxiety disorder: an unrecognized problem in primary care. *J Clin Psychiatry*, 62, (1), pp.11-15.
190. Kazhdan A., (1991). *The Oxford Dictionary of Byzantium*. Oxford, Oxford University Press, pp. 780-781.
191. Kelsall D., (2007). Changing fear. *Can Fam Physician*. 53, (5),pp. 791.
192. Kendall P.C. and Ingram R., (1987).The future for cognitive assessment of anxiety: Let's get specific. In: L. Michelson and L.M. Ascher, Editors, *Anxiety and stress disorders*, New York, Guildford Press, pp. 89–104.
193. Kernberg, O. (1975).Borderline conditions and pathological narcissism. Jason Aronson(trad.).New York, pp. 4-6.
194. Khan H., Kalia S.,Itrat A., Khan A., Kamal M., et all., (2007). Prevalence and demographics of anxiety disorders: a snapshot from a community health centre in Pakistan. *Ann Gen Psychiatry*, 6, pp. 30.
195. Kiliç, E.Z, Özgüven. H.D. and Sayil, I. (2003). The psychological effects of parental mental health on children experiencing disaster: The experience of Bolu Earthquake in Turkey, *Family Process*, 42, (4), pp. 485–495.
196. Kim J. J., Myers K. M. (2004). Fear: Psychological and Neural Aspects. *International Encyclopedia of the Social& Behavioral Sciences*, pp. 5428-5433.
197. Kim J., & Gorman J., (2005). The psychobiology of anxiety. *Clinical Neuroscience Research*,4, pp. 335–347.
198. King N.J., Gullone E. and T. Ollendick, (1998).Etiology of childhood phobias: current status of Rachman's three pathways theory, *Behaviour Research and Therapy*, 36, (3), pp. 297–309.
199. Klaber-Moffett J. A. and Richardson P. H., (1995). The influence of psychological variables on the development and perception of musculoskeletal pain. *Physiotherapy Theory and Practice*, 11, pp.3-11.
200. Konorski J., (1967). *Integrative Activity of the Brain: An Interdisciplinary Approach*. Chicago, University of Chicago Press.
201. Konstan D., (2005). The Concept of Emotion from Plato to Epicurus. *INTERNATIONAL COLLOQUIUM, Rethymnon 9-10 December, UNIVERSITY OF CRETE*, pp.23-24.
202. Kori, S. H., Miller R. P., and Todd D. D. (1990). Kinisophobia: A new view of chronic pain behavior. *Pain Manage*, 3, pp. 35-43.
203. Kraut R., (2007). Aristotle's Ethics. *Stanford Encyclopedia of philosophy*. The Metaphysics Research Lab, Stanford University.

204. Krijn M., Emmelkamp P.M.G., Olafsson R.P., Biemond R., (2004). Virtual reality exposure therapy of anxiety disorders: A review. *Clinical Psychology Review*, 24, pp.259–281.
205. Krueger F.R., & Markon E.K., (2008). Reinterpreting Comorbidity: A Model-Based Approach to Understanding and Classifying Psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol*, 2, pp. 111-133.
206. Kubzansky L.D., Cole S.R., Kawachi, I. et al., (2006). Shared and unique contributions of anger, anxiety, and depression to coronary heart disease: A prospective study in the normative aging study. *Annals of Behavioral Medicine*, 31, (1), pp. 21–29.
207. Kuppens, P., Van Mechelen, I., Smits, D. J. M., & De Boeck, P. (2003). The appraisal basis of anger: Specificity, necessity, and sufficiency of components. *Emotion*, 3, pp 254–269.
208. Kushner M.G., Sher K.J., Wood M.D. and Wood P.K.. (1994). Anxiety and drinking behavior—Moderating effects of tension-reduction alcohol outcome expectancies. *Alcoholism—Clinical and Experimental Research*, 18, (4), pp. 852–860.
209. Κανελλοπούλου, Β., (2000). Ψυχαναλυτική Θεώρηση Του Πόνου, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, pp.24, 38-39.
210. Lakeman R. (2006). An anxious profession in an age of fear. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*,13, pp. 395-400.
211. Lang J., ( 2006). Emotion, motivation, and the brain: Reflex foundations in animal and human research. *Progress in Brain Research*, 156, pp 3-29.
212. Langs R., (2004). Death anxiety and the emotion-processing mind. *Psychoanalytic Psychology*, 21, (1), pp. 31-53.
213. Laplanche, J., Pontalis, J.- B. (1986). Λεξιλόγιο της ψυχανάλυσης. Εκδ. Κέδρος.
214. LaTour, M. S., & Rotfeld, H. J. (1997). There are threats and (maybe) fear-caused arousal: Theory and confusions of appeals to fear and fear arousal itself. *Journal of Advertising*, 26, pp. 45–59.
215. Le Doux J., Cicchetti P., Xagoraris A., et al. (1990). The later amygdaloid nucleus: Sensory interface of amygdala in fear conditioning, *J Neurosci*, 10, pp. 1062-1069.
216. Leahy L R., (2007). Emotional Schemas and Resistance to Change in Anxiety Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, pp. 36-45.
217. Leahy L R., (2007). Emotional Schemas and Resistance to Change in Anxiety Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, pp. 36-45.
218. LeDoux J., (1998). Fear and the brain: where have we been, and where are we going? *Biological Psychiatry*, 44(12), pp. 1229-1238.
219. Leen-Feldner W.E, Feldner T.M, Reardon E.L., Babson A.K.,and Dixon L. (2008). Anxiety sensitivity and posttraumatic stress among traumatic event-exposed youth. *Behaviour Research and Therapy*,,46, (4 ), pp. 548-556.
220. Lerner M., (2006). The Voice of Fear and the Voice of Hope. *Tikkun*, 21, (2), pp. 25-33
221. Leserman J., Li Z., Hu Y.J.B. and Drossman D.A., (1998). How multiple types of stressors impact on health, *Psychosom Med*, 60,pp. 175–181.
222. Lethem J., Slade P.D., Troup J.D.G., Bentley G., (1983). Outline of a fear avoidance model of exaggerated pain perception-I. *Behav Res Ther*, 21, pp. 401–408.



223. Lethem J., Slade P.D., Troup J.D.G., Bentley G., (1983). Outline of a fear avoidance model of exaggerated pain perception-I. *Behav Res Ther*, 21, pp. 401-408.
224. Levanthal, H., & Perloe, S. (1962). A relationship between self-esteem and persuadability. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64, 358-388.
225. Leventhal, H. (1970). Findings and theory in the study of fear communications. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, 5, New York Academic Press.
226. Levey S. and Howells K., ( 1994). Accounting for the Fear of Schizophrenia. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 4, pp. 313-328.
227. Levine S. D., ( 2007). Neural network modeling of emotion. *Physics of Life Reviews*, 4, (1), pp. 37-63.
228. Lewis A., (1967). Problems presented by the ambiguous word "anxiety" as used in psychopathology. *Israel Ann Psychiatry Relat Disciplines*, 5, pp.105-121.
229. Liakopoulou-Kairis M, Alifieraki T., Protagora D., Korpa T., & et al., (2002). Recurrent abdominal pain and headache: Psychopathology, life events and family functioning. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11, pp.115-122.
230. Lightsey Jr.R.O., Wells G.A., Wang M.C., Pietruszka T., & et all., (in press). Emotion-Oriented Coping, Avoidance Coping, and Fear of Pain as Mediators of the Relationship Between Positive Affect, Negative Affect, and Pain-Related Distress Among African American and Caucasian College Women. *The Counseling Psychologist*, ( 2008), doi:10.1177/0011000007312991, pp.1-28.
231. Lohr M. J., Rea G. R., Porter B.B., Hamberger L.K., (1980). Communication Fear: A Correlational Study Of Trait Generality. *Human Communication Research*, 6, (3), pp. 280-284.
232. Lokhorst G., ( 2006). Descartes and the Pineal Gland. *Stanford Encyclopedia of philosophy*. The Metaphysics Research Lab, Stanford University.
233. Lopez-Ibor J.J., Linden M., Gibert J., (2001). Pathogenesis and treatment of anxiety disorders. In: Henn F., Satorious N., Helmchen H., Laauter H., (eds) *Contemporary psychiatry*. Vol 3. Specific psychiatric disorders. Berlin, Springer, pp.25-34.
234. Lyketsos, G., Blackburn, I.M., Tsiantis, J. (1978). The movement of hostility during recovery from depression. *Psychol. Med.* 8: 145-149.
235. MacDonald G., and Kingsbury R., (2006). Does physical pain augment anxious attachment? *Journal of Social and Personal Relationships*, 23, pp. 291-304.
236. Macht M., (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50, (1), pp.1-11.
237. Maner J., & Gerend M., (2007). Motivationally selective risk judgments: Do fear and curiosity boost the boons or the banes? *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 103, ( 2), pp. 256-267.
238. Marcus D.K., Gurley J.R., Marchi M.M. and Bauer C., (2007). Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 27, (2), pp. 127-139.
239. Marcus G.E., (2003). *The Psychology of Emotion and Politics*. Handbook of Political Psychology. Eds. David O. Sears, Leonie Huddy, and Robert Jervis. New York, Oxford University Press, pp. 182-221.

240. Massumi B., (2005). Fear (The Spectrum Said). *Positions: east asia cultures critique*, 13, (1), PP.31-48.
241. May R., (1999). The Meaning of Anxiety (μετρφρ. Γ.Βασιλάκος). Κοζάνη, Σπινιάρη, pp. 48-49, 78-82.
242. Mc Dougall W., (1923) An introduction to social psychology, John Luce & Co, Boston.
243. Mc Gregor H., & Elliot A., ( 2005). The Shame of Failure: Examining the Link Between Fear of Failure and Shame. *Pers Soc Psychol Bull*, 31, pp. 218-229.
244. Mc Naughton N. and Corr P.J., (2004). A two-dimensional neuropsychology of defense: fear/anxiety and defensive distance. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28, pp. 285–305.
245. McCracken L.M., Zayfert C. and Gross R.T., (1992). The pain anxiety symptoms scale: Development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain*, 50, pp. 67–73.
246. McCracken LM, & Dhingra L., ( 2002). A short version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20): preliminary development and validity. *Pain research & management*, 7, (1), pp.45-50.
247. McCracken, L.M., Gross, R.T., Aikens J. and Carnkike, J.C.L.M. (1996). The assessment of anxiety and fear in persons with chronic pain: a comparison of instruments. *Behaviour Research and Therapy*, 34, pp. 927–933.
248. McNally J. R., (2002). On nonassociative fear emergence. *Behaviour Research and Therapy*, 40, (2), pp.169–172.
249. McNeil D.W., & Brunetti G.D., (1992). Pain and fear: A bioinformational perspective on responsivity to imagery, *Behaviour Research and Therapy*, 30, (5), pp. 513-520.
250. McNeil W.D., & Rainwater J.A., (1998). Development of the Fear of Pain Questionnaire—III. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, ( 4), pp.389-410.
251. McPherson, F.M. (1988). A note on the female norms of the HDHQ. *Br. J. Clin. Psychol.* 27: 263-264.
252. McQuaid, J.R., Pedrelli, P., McCahill, M.E., and Stein, M.B. (2001). Reported trauma, posttraumatic stress disorder and major depression among primary care patients. *Psychological Medicine*, 31, pp.1249-1257.
253. McWilliams L.A., and Asmundson G.J.G., (2007). The relationship of adult attachment dimensions to pain-related fear, hypervigilance, and catastrophizing. *Pain*, 127, pp. 27–34.
254. McWilliams L.A., Cox B.J. and Enns M.W., (2000). Impact of adult attachment styles on pain and disability associated with arthritis in a nationally representative sample. *Clinical Journal of Pain*, 16, pp. 360–364.
255. Mead G.H., (1962). *L' esprit, les soi, la societe*. France, PUF.
256. Melzack R., & Wall P. D., (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150, pp. 971-979.
257. Mendlowitz, S.L. . Manassis, K. Bradley, S Scapillato, D. Mieztis S. and Shaw, B.F. (1999). Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, (10), pp. 1223–1229.

258. Menzies G.R., & Clarke J.C, (1994). Retrospective studies of the origins of phobias: A Review. *Anxiety, Stress, and Coping*, 7, pp. 305-318.
259. Menzies G.R., & Clarke J.C, (1994). Retrospective studies of the origins of phobias: A Review. *Anxiety, Stress, and Coping*, 7, pp. 305-318.
260. Meredith P.J., Strong J., and Feeney J.A., (2006a). Adult attachment, anxiety and pain self-efficacy as predictors of pain intensity and disability. *Pain*, 123, pp.146-154.
261. Meredith P.J., Strong J., and Feeney J.A., (2006b). The relationship of adult attachment to emotion, catastrophizing, control, threshold and tolerance, in experimentally-induced pain. *Pain*, 120, pp. 44-52.
262. Meredith P.J., Strong J., and Feeney J.A., (2005). Evidence of a relationship between adult attachment variables and appraisals of chronic pain. *Pain Research and Management*, 10, pp. 191-200.
263. Merikangas, K.R. Dierker L.C. and Szatmari, P. (1998). Psychopathology among offspring of parents with substance abuse and/or anxiety disorders: A high risk study, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, pp. 711-720.
264. Merskey and Bogduk, (1994). Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms, (Merskey and N. Bogduk, Editors), (2nd Ed.), Seattle, US, IASP Press.
265. Mikulincer M., and Florian V., (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In: J.A. Simpson and W.S. Rholes, Editors, *Attachment theory and close relationships*, New York, Guilford Press, pp. 143-165.
266. Miller L., Taber K., Gabbard G., Robin A., (2005). Neural Underpinnings of Fear and Its Modulation: Implications for Anxiety Disorders. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 17, pp.1-6.
267. Miller R.P., Kori S., Todd D.D., (1991). The Tampa Scale, Tampa, FL, unpublished report. In: Woby R.S., Urmston M. and Watson J.P., (2007). Self-efficacy mediates the relation between pain-related fear and outcome in chronic low back pain patients. *European Journal of Pain*, 11, (7), pp. 711-718.
268. Miller S. J., (2003). Analytic gains and anxiety tolerance: Punishment Fantasies and the Analysis of Superego Resistance Revisited. *Psychoanalytic Psychology*, 20, (1), pp. 4-17.
269. Miller, T.Q., Smith, T.W., Turner, C.W., Guijarro M.L., and Hallet, A.J., (1996). A meta-analytic review of research on hostility and physical health, *Psychological Bulletin*, 119, pp. 322-348.
270. Mineka S. and Zinbarg R., (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders--It's not what you thought it was, *American Psychologist*, 61, (1), pp. 10-26.
271. Mineka S. and Zinbarg R., (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders. *American Psychologist*, 61, pp. 10-26.
272. Moos, R. & Moos, B. (1986). *Family environment Scale Manual*. Second Editions. Consulting Psychologists press, Inc.
273. Moos, R. (1987). *Family Social Scales. A User's Guide*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc.
274. Moos, R. (1990). Conceptual and Empirical Approaches to developing Family - based Assessment Procedures: Resolving the case of the family environment scale. *Fam. Proc.* 29:199-208.

275. Morey L.C., Waugh M.H. & Blashfield R.K., (1985).MMPI scales for DSM-III personality disorders:Their derivation and correlates. *J Pers Assess*, 49,pp.245-251.
276. Morris J S., Frith C D., Perrett D I. et al, (1996). A differential neural response in the human amygdala to fearful and happy facial expressions, *Nature*, 383, pp. 812–815
277. Moscovisi S., (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. France, PUF.
278. Mowrer O.H., (1939).Stimulus response theory of anxiety. *Psychological Review*, 46, pp. 553–565.
279. Muller R.G., (2000). When a Patient Has No Story To Tell: Alexithymia. *Psychiatric Times*,17, (7), pp. 1-4.
280. Muris P.,and Merckelbach H., (2001).The etiology of childhood specific phobia: A multifactorial model. In: M.W. Vasey and M.R. Dadds, Editors, *The developmental psychopathology of anxiety*, Oxford :Oxford University Press, pp. 355–385.
281. Nadler S., (2005). Baruch Spinoza. *Stanford Encyclopedia of philosophy*. The Metaphysics Research Lab, Stanford University.
282. Nasio J.D., ( 1996). *Le livre de la douleur et de l’amour*, Paris, Payot, pp.37-100.
283. Naso R., (2008). Rethinking Trauma: A Critical View Of Invalidation. *Psychoanalytic Psychology*, 25, (1), pp. 67-78.
284. Newth S., and DeLongis A. (2004). Individual differences, mood, and coping with Chronic pain in Rheumatoid Arthritis: a daily process analysis. *Psychology and Health*,19, (3),pp. 283-305.
285. Nicassio P.M., Schuman C., Kim J., Cordova A. and Weisman M.H., (1997). Psychosocial factors associated with complementary treatment use in fibromyalgia, *Journal of Rheumatology*, 24, pp. 2008–2013.
286. Niemivirta M., (2002).Motivation and performance in context: the influence of goal orientations and instructional setting on situational appraisals and task performance.
287. Norlander, B. & Eckhardt, C., ( 2005).Anger, hostility, and male perpetrators of intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 25, (2), pp.119-152
288. Norton P., and Asmundson G.J.G., (2004). Anxiety sensitivity, fear, and avoidance behavior in headache pain. *Pain*, 111, (1-2), pp. 218-223.
289. Oatley, K., (2002). Emotion in Cognition. *International Encyclopedia of the Social& Behavioral Sciences*, Elsevier Science Ltd., pp. 4440-4444.
290. Ogon M., Krismer M., Sollner W., Kantner-Rumplmair W. and Lampe A., (1996). Chronic low back pain measurement with visual analogue scales in different settings. *Pain*, 64, pp. 425–428.
291. Öhman A. and Mineka S., (2001), Fears, phobias, and preparedness: toward an evolved module of fear and fear learning, *Psychol Rev*, 108, pp. 483–522.
292. Olatunji, B. O., & Sawchuk, C. N. (2005). Disgust: Characteristic features, social manifestations, and clinical implications. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, pp. 932- 962.

293. Ollendick H. and King N.J., (1991). Origins of childhood fears--An evaluation of Rachman theory of fear acquisition, *Behaviour Research and Therapy*, 29, (2), pp. 117-123.
294. Ollendick, T. H., King, N. J., & Frary, R. B. (1989). Fears in children and adolescents: Ollendick, T. H., Yule, W., & Ollier, K. (1991). Fears in British children and their relationship to manifest anxiety and depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, pp. 321-331.
295. Ollendick, H.T, Audra K. Langley, K.A., Russell T. Jones, T.R., and Christina Kephart C., ( 2001). Fear in Children and Adolescents: Relations with Negative Life Events, Attributional Style, and Avoidant Coping, *J. Child Psychol. Psychiatr.*, 42, ( 8), pp. 1029-1034.
296. Ortony, A., Turner, T. J., (1990). What's basic about basic emotions? *Psychological Review*, 97, pp. 315-331.
297. Ostelo R. W. J. G, de Vet H. C. W, Berfelo M. W. & et all., (2003). Effectiveness of behavioral graded activity after first-time lumbar disc surgery: short term results of a randomized controlled trial term results of a randomized controlled trial. *European Spine Journal*, 12, (6), pp.637-644.
298. Pagano E.M., Rende R., Rodriguez F.B., Hargraves L.E., et all., ( 2007). Impact of parental history of substance use disorders on the clinical course of anxiety disorders. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 2, pp. 1-18.
299. Panksepp J., (2007). Criteria for basic emotions: Is DISGUST a primary "emotion"? *Cognition & Emotion*, 21, (8), pp. 1819-1828.
300. Panksepp J., (1998). The sources of fear and anxiety in the brain. In: *Affective neuroscience: The foundations of human and animals emotions*. Oxford, Oxford University Press, pp. 206-222.
301. Paré D., (2002). Mechanisms of Pavlovian fear conditioning: has the engram been located? *Trends in Neuroscience*, 25, (9), pp.436-437.
302. Pascarelli E.F. and Hsu, Y.P., ( 2001). Understanding work-related upper extremity disorders: clinical findings in 485 computer users, musicians, and others. *J Occup Rehabil*, 11, pp. 1-21.
303. Patton G.C., Hibbert M., Rosier M.J., Carlin J.B., et all., ( 1996). Is smoking associated with depression and anxiety in teenagers? *American Journal of Public Health*, 86, (2), pp. 225-230.
304. Pelcovitz D., Kaplan, S., Goldenberg, B., Mandel, F., Lehane, J. and Guarrera, J., (1994). Post-traumatic stress disorder in physically abused adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33, pp. 305-312.
305. Peleg-Popko O., and R. Dar R., (2001). Marital quality, family patterns, and children's fears and social anxiety, *Contemporary Family Therapy*, 23, (4), pp. 465-487.
306. Peleg-Popko, O., (2002). Children's test anxiety and family interaction patterns, *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 15, pp. 45-59.
307. Perrulli, M.A. R., (2005). The Fear of Death and Narcissism. *Graduate Faculty Psychology Bulletin*, 3, (1), pp.43-77.
308. Pervin, A. L. and Jhon, P.O., (1997), *Personality: Theory and Research* (μεταφρ., Α. Αλεξανδροπούλου και Ε. Δασκαλοπούλου), Αθήνα, Τυπωθήτω, (2001), pp.398-408, 475-476.

309. Pervin, A. L. and Jhon, P.O., (1997), *Personality: Theory and Research* (μεταφρ., Α. Αλεξανδροπούλου και Ε. Δασκαλοπούλου), Αθήνα, Τυπωθήτω, (2001), pp.398-408, 475-476.
310. Petrovich G. D., (2002).Amygdala (Amygdaloid Complex). *International Encyclopedia of the Social& Behavioral Sciences*, Elsevier Science Ltd, pp. 471-473.
311. Phelps E.A., O'Connor K.J., Gatenby J.C, Gore J.C., Grillon C. and Davis M., (2001). Activation of the left amygdala to a cognitive representation of fear, *Nature Neuroscience*, 4, pp. 437-441.
312. Pilowsky, I., Bassett, D., (1980). Schizophrenia and the response to facial emotions. *Comprehensive Psychiatry*, 21, pp. 236-244.
313. Plouton R., Davies S., Menzies R.G., &Silva A.P., (1998).Evidence for a non-associative model of the acquisition of a fear of heights. *Behaviour Research and Therapy*,36, (5), pp.537-544.
314. Poland S. W., (2006). The Analyst's Fears. *American Imago*, 63, (2),pp. 201-217.
315. Polivy J., Herman C.P. and McFarlane T., (1994).Effects of anxiety on eating—Does palatability moderate distress-induced overeating in dieters. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, (3). pp. 505-510.
316. Potamianou A., (2001). Le traumatique. Repetition et elaboration, (μετάφρ. Β. Πατσογιάννης), Αθήνα, Εστία, (2005),pp.34-36.
317. Poulton R. & Menzies R., (2002). Non-associative fear acquisition: a review of the evidence from retrospective and longitudinal research. *Behaviour Research and Therapy*, 40, (2),pp.127-149.
318. *Psychologia: An international Journal of psychology in the orient*, 45,pp.250-272.
319. Putman D., (1997). Psychological Courage. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 4, (1), pp.1-11
320. Rachman S., (1990).The determinants and treatment of simple phobias. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 12, pp. 1-30.
321. Rachman S.J., (1977).Conditioning theory of fear-acquisition:Critical-examination, *Behaviour Research and Therapy*, 15, (5), pp. 375-387.
322. Rachman, S. J. (2004). Fear and Courage: A Psychological Perspective. *Social Research*, 71, (1) pp.149-176.
323. Radulovic J, Kammermeier J, and Spiess J. (1998b). Relationship between FOS production and classical fear conditioning: Effects of novelty, latent inhibition, and unconditioned stimulus preexposure. *Journal of Neuroscience*, 18, pp. 7452-7461.
324. Radulovic J., Spiess J., (2002). Neural Basis of Anxiety and Fear. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, pp. 567-570.
325. Rainville P., Bechara A., Naqvi N., & Damasio R.A., (2006). Basic emotions are associated with distinct patterns of cardiorespiratory activity. *International Journal of Psychophysiology*, 61, (1), pp.5-18.
326. Raphael,K., Widom C.S, and Lange G., (2001). Childhood victimization and pain in adulthood: a prospective investigation, *Pain*,92, pp. 283-293.
327. Raphael,K., Widom C.S, and Lange G., (2001). Childhood victimization and pain in adulthood: a prospective investigation, *Pain*,92, pp. 283-293.

328. Raskin, R.& Terry, H. (1988).A principal components analysis of the narcissistic personality inventory and further evidence of its construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, pp.890-902.
329. Regier D.A., Rae D.S., Narrow W.E., et all., (1998). Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *Br J Psychiatry*, 34, pp. 24-28.
330. Regnerus M.D. and Luchies L.B., (2006), The parent-child relationship and opportunities for adolescents' first sex. *Journal of Family Issues*, 27, (2) pp. 159-183.
331. Reiss S., (1991). Expectancy theory of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, pp.141-153.
332. Reiss S., Peterson, R. A., Gursky D..M., and McNally R.J., (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*,24, pp. 1-8.
333. Reiss, S., & McNally, R. J., (1985). The expectancy model of fear. In S. Reiss & R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 107-121). New York: Academic Press.
334. Reliability and generalizability across gender, age and nationality. *Behavior Research and Therapy*, 27, pp.19-26.
335. Rescorla R.A., ( 1988). Pavlovian conditioning: It's not what you think it is. *American Psychologist*,43, pp. 151-160.
336. Rhudy L.J. and Williams E.A., (2005). Gender Differences in Pain: Do Emotions Play a Role? *Gender Medicine*, 2, (4), pp. 208-226.
337. Riemann F., (1994).Grundformen der angst «Η τετραλογία του φόβου» μεταφρ. Παπαδόπουλος, Π.). Αθήνα, Χριστάκης, pp.15-29.
338. Roalfe, W R. ( 1929).The psychology of fear. *Journal of Abnormal Psychology*, 24, (1),pp. 32-40.
339. Roberts R., (2003). *Emotions: An Assay in Aid of Moral Psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
340. Roberts R., (2006). *Emotions in the Christian Tradition*. Stanford Encyclopedia of philosophy. The Metaphysics Research Lab, Stanford University.
341. Roelofs, J., Peters, M. L., & Vlaeyen, J. W. S. (2003). The modified Stroop paradigm as a measure of selective attention towards pain-related information in patients with chronic low back pain. *Psychological Reports*, 92, pp.707-715.
342. Rogers RW. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. In *Social Psychophysiology: A Sourcebook*, ed. JT Cacioppo, RE Petty, New York: Guilford pp. 153-77.
343. Roland M. and Morris R., (1983).A study of the natural history of back pain. Part I: development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain, *Spine*, 8, pp. 141-144.
344. Rosenberg, H.J., Rosenberg,S.D.,Wolford, G.L., Manganiello,P.D, Brunnette, M.F. and Boynton, R.A (2000).The relationship trauma, PTSD, and medical utilization in three risk medical populations. *International Journal of Psychiatric Medicine*,30, pp.247-259.

345. Rosenstiel A.K. and Keefe F.J., (1983).The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment, *Pain*, 17, pp. 33-44.
346. Roy, A. (1999). Childhood trauma and depression in alcoholics: relationship to hostility. *Journal of Affective Disorders*, 56, pp. 215-218.
347. Roy, A. (2001). Childhood trauma and hostility as an adult: relevance to suicidal behaviour. *Psychiatry Research*,102, (1 ),10 pp. 97-101.
348. Rozin, P., Lowery, L., Imada, S., & Haidt, J. (1999). The CAD triad hypothesis: A mapping between three moral emotions (contempt, anger, disgust) and three moral codes (community, autonomy, divinity). *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, pp. 574-586.
349. Ruggiero, J., Bernstein. D. and Handelsman, L. (1999).Traumatic stress in childhood and later personality disorders: a retrospective study of male patients with substance dependence. *Psychiatric Annals*,29, pp. 713-721.
350. Russell J.A., (1994). Is there universal recognition of emotion from facial expressions? A review of the cross-cultural studies. *Psychological Bulletin*, 115 (1), pp.102-141.
351. Salomons, T. V., Osterman, J. E., Gagliese, L., & Katz, J., (2004). Pain flashbacks in Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Journal of Pain*, 20, pp. 83-87.
352. Sastre Munoz M.T., Albaret M.-C., Raich Escursell R.- M., Mullet E., (2006).Fear of pain associated with medical procedures and illnesses. *European Journal of Pain*, 10, pp. 57-66.
353. Scherer K.R., (1994).Emotions serve to decouple stimulus and response. In: P. Ekman and R.J. Davidson, Editors, *The nature of emotion: Fundamental questions*, London, Oxford University Press, pp. 127-130.
354. Schmidt B., and Winters J., ( 2002) Fear Not. *Psychology Today*, 35, (1), pp. 46-54.
355. Schmidt S., Strauss B., and Braehler E., (2002). Subjective physical complaints and hypochondriacal features from an attachment theoretical perspective. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*,75, pp.313-332.
356. SchmitterA.M., (2006). 17th and 18th Century Theories of Emotions. *Stanford Encyclopedia of philosophy*. The Metaphysics Research Lab, Stanford University.
357. Seligman, M.E., (1972). Learned helplessness. *Annual Review of Medicine*, 23, pp. 207-412.
358. Shaver P. R., Collins N. & Clark C. L., (1996). Attachment styles and internal working models of self and relationship partners. In G. J. O. Fletcher and J. Fitness (Eds.) *Knowledge Structures in Close Relationships: A Social Psychological Approach*, Hillsdale, NJ: Erlbaum, pp. 25-61.
359. Shenk R., ( 2006). Psyche and Cinema: "Go Ask Alice (or Neo); I Think They'll Know". *Psychological Perspectives*, 49, (2), pp. 249-266.
360. Shklar J., (1989). "The Liberalism of Fear." *Liberalism and the Moral Life*. Ed. Nancy L. Rosenblum. Cambridge: Harvard University Press.
361. Shklar J., (1998). "The Liberalism of Fear." *Political Thought and Political Thinkers* Ed. Stanley Hoffmann. Chicago: University of Chicago Press.
362. Sifneos, P.E. (1986). The Schalling - Sifneos Personality Scale - Revised. *Psychother. Psychosom.* 48:161-165.



363. Sirois Fr., (2008). Aesthetic experience. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89, (1),pp. 127-142.
364. Skilbeck C., Tulips J., and Philip L., ( 1977). The effects of fear arousal, fear position, fear exposure, and sidedness on compliance with dietary instructions. *Eur. J. Soc. Psychol.*, 7, (2), pp. 221-223.
365. Skordilis, E.K., & Stavrou, N.A. (2005). Sport Orientation Model for Wheelchair Basketball Athletes. *Perceptual and Motor Skills*, 100, pp.1081-1096.
366. Söderquist J., Wijma K. and Wijma B., (2008). Traumatic stress in late pregnancy. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, ( 2), pp. 127-142.
367. Spertus I. L., Burns J., Glenn B., Lofland K. & Mccracken L., (1999). Gender differences in associations between trauma history and adjustment among chronic pain patients. *Pain*, 82, (1), pp. 97-102.
368. Spielberger, C. D., Vagg, P. R., Barker, L. R., Donham, G. W.,& Westberry, L. G. (1980). The factor structure of the State-Trait Anxiety Inventory. In I. G. Sarason & C. D. Spielberger (Eds.), *Stress and anxiety*,7, Washington, DC:Hemisphere.
369. SPSS Inc. (2005). *SPSS Base 14.0 User's Guide*. SPSS Inc.: USA. <http://www.spss.com>.
370. Sroufe L.A., (1995). Emotional development. The organization of emotional life in the early years (μεταφρ.Βουλτσιδου Α.). Αθήνα, Καστανιώτης, (2000), pp. 225-233.
371. Stearns N.P., (2006). Fear and Contemporary History: A Review Essay. *Journal of Social History*, 40, (2), PP. 477-484.
372. Stemmler G., Aue T. & Wacker J., (2007). Anger and fear: Separable effects of emotion and motivational direction on somatovisceral responses. *International Journal of Psychophysiology*, 66, pp. 141–153.
373. Sternberg M. E., ( 2002). Walter B. Cannon and " 'Voodoo' Death": A Perspective From 60 Years On. *Am J Public Health*,92, (10), pp.1564–1566.
374. Sternthal, B., & Craig, C. (1974). Fear appeals: Revisited and revised. *Journal of Consumer Research*, 1, pp. 22–34.
375. Stillman R., (1995). Hobbes's Leviathan: Monsters, Metaphors, And Magic. *ELH*, 62, (4), pp.791-819.
376. Stolorow R D., (2006). The relevance of Freud's concept of danger-situation for an intersubjective-systems perspective. *Psychoanalytic Psychology*, 23, (2), pp.417-419.
377. Sullivan M.J.L., Bishop S., & Pivik J.. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychol Assess*,7, pp.524-532.
378. Suominen, K., Isometsa, E, Henriksson, M. Ostamo A. and Lonquist, J. (2000).Suicide attempts and personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*,102, pp. 118–125.
379. Taylor B., (2006). Panic disorder. *BMJ*, 332, pp. 951-955.
380. Taylor S., (1993). The structure of fundamental fears. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24(4), pp.289-299.
381. Taylor S., Asmundson JG. Wald J., (2007). Psychopathology of panic disorder. *Psychiatry*, 6, pp. 188-192.

382. Taylor S., (2003), Anxiety sensitivity and its implications for understanding and treating PTSD. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 17, pp. 179–186.
383. Taylor, S., & Cox, B. J. (1998). Anxiety sensitivity: Multiple dimensions and hierarchic structure. *Behaviour Research and Therapy*, 36, pp.37-51.
384. Terr, L., (1998). What Happens to Early Memories of Trauma? A Study of Twenty Children Under Age Five at the Time of Documented Traumatic Events. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 27, (1), pp. 96-104.
385. Thorpe, S.J. and Salkovskis, P.M., (1998). Studies on the role of disgust in the acquisition and maintenance of specific phobias. *Behavior Research and Therapy* 36, pp. 877–893.
386. Traue H. C. (2001). Emotions and Health. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, pp. 4454-4459.
387. Truchon, M., (2001). Determinants of chronic disability related to low back pain: Towards an integrative biopsychosocial model, *Disability and Rehabilitation*, 23, (17), pp. 758 –769.
388. Tsao C.I.J, Meldrum M., Kim Su C. and Zeltzer K.L., (2007). Anxiety Sensitivity and Health-Related Quality of Life in Children With Chronic Pain. *The Journal of Pain*, 8, ( 10 ), pp. 814-823.
389. Tudor A., (2003). A (macro) sociology of fear? *The Sociological Review*, 51, (2), pp. 238-256.
390. Turk C.D. & Okifuji A., (2002). Psychological Factors in Chronic Pain: Evolution and Revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, (3),pp. 678-690.
391. Tyrer S., (2006). Psychosomatic pain. *British Journal of Psychiatry*, 188, pp.91-93.
392. Ulmer J.F., ( 1997). An exploratory study of pain, coping and depressed mood following burn injury. *Journal of Pain and Symptom Management*, 13, pp.148-157.
393. van den Berg E. A., & ter Heijne M., (2005).Fear versus fascination: An exploration of emotional responses to natural threats. *Journal of Environment Psychology*, 25(3), pp.261-272.
394. van der Kolk, B. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse, *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 12, pp. 293-317
395. Van Houdenhove, B., (1986). Prevalence and psychodynamic interpretation of premorbid hyperactivity in patients with chronic pain. *Psychother Psychosom*, 45, pp. 195–200.
396. Verhaaka F.M.P., Kerssens J.J., Dekkera J., Sorbib J.M.,Bensinga M.J., (1998). Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain*, 77, pp. 231–239.
397. Vervoort, T.,Liesbet Goubert, L., Eccleston, C., Bijttebier, & Crombez, P.G(2006). Catastrophic Thinking About Pain is Independently Associated with Pain Severity, Disability, and Somatic Complaints in School Children and Children with Chronic Pain. *Journal of Pediatric Psychology*,31, (7), pp.674-683.
398. Vlaeyen W. S. J. and Morley S., (2004). Active despite pain: the putative role of stop-rules and current mood. *Pain*, 110, (3), pp.512-516.
399. Vlaeyen J. W. S., & Linton S. J., (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art review. *Pain*, 85, pp. 317-332.

400. Vlaeyen, J.W.S., Kole-Snijders, A.M.J., Boeren R.G.B. and van Eek, H., (1995a). Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance, *Pain*, 62, pp. 363–372.
401. Vowles K.E., McNeil D. W., Sorrell J.T., Lawrence S.M., (2006). Fear and Pain: Investigating the Interaction Between Aversive States. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, (4), pp. 821-833.
402. Vriends N., Becker S.E., Meyer A., et al, (2007). Subtypes of social phobia: Are they of any use? *Journal of Anxiety Disorders*, 21, pp. 59–75.
403. Waddell G., Newton M., Henderson I., Somerville D., and Main J. C., (1993). A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52, (2), pp. 157-168.
404. Wall P.W., ( 1978). On the relation of injury to pain. *Pain*, 6, pp. 253–264.
405. Washington C. G., Farley R A., (1998). Origin and Nature of the Emotions: Miscellaneous Papers. Virginia, Charlottesville Publications, University of Virginia Library, pp.59-61.
406. Watson D., Clark L.A. (1984). Negative affectivity. The disposition to experience aversive emotional states. *Psychol Bull*, 96, pp. 465 -490.
407. Watson J.B., and Rayner, R., (1920). Conditional emotional reactions, *Journal of Experimental Psychology*, 3, pp. 1–14.
408. Weisenberg M., Aviram O., Wolf Y., & Raphaeli N., (1984). Relevant and irrelevant anxiety in the reaction to pain. *Pain*, 20, pp. 371-383.
409. White K., Brown T., Somers T., & Barlow D., (2006). Avoidance behavior in panic disorder: The moderating influence of perceived control. *Behaviour Research and Therapy*, 44, pp.147–157.
410. WHO (1992). Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς. Απόδοση στα Ελληνικά και επιμέλεια: Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Β. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. Αθήνα, Βήτα Ιατρικές εκδ., pp. 167.
411. Wicker F. W., Payne G C., Roberson K E. and Garcia-Falconi R., (1985). Participant Differentiation of Nonclinical Fear and Anxiety. *Motivation and Emotion*, 9, (1), pp. 54.
412. Wiedemann K., (2002). Anxiety and Anxiety Disorders. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, Elsevier Science Ltd., pp. 560-567.
413. Williams J., Hadjistavropoulos T. & Asmundson G.J.G., (2005). The effects of age and fear of pain on attentional and memory biases relating to pain and falls. *Anxiety Stress and Coping*, 18, (1), pp. 53-69.
414. Willibald R., & Proyer R., (2008). Who is Gelotophobic? Assessment Criteria for the Fear of Being Laughed at. *Swiss Journal of Psychology*, 67, (1), pp.19-27.
415. Witte K. and Allen M., (2000). A Meta-Analysis of Fear Appeals: Implications for Effective Public Health Campaigns. *Health Educ Behav*, 27, pp.591-617.
416. Witte K., & Morrison K., (2000). Examining the influence of trait anxiety/repression-sensitization on individuals' reactions to fear appeals. *Western Journal of Communication*, 64, pp.1–27.
417. Woby R.S., Urmston M. and Watson J.P., (2007). Self-efficacy mediates the relation between pain-related fear and outcome in chronic low back pain patients. *European Journal of Pain*, 11, (7), pp. 711-718.

418. Woby S.R., Roach N.K., Urmston M. and Watson P.J., (2005). Psychometric properties of the TSK-11: a shortened version of the Tampa Scale for Kinesiophobia. *Pain*, 117, pp. 137–144.
419. Wolpe, J., & Rachman, S. (1960). Psychoanalytic "evidence": A critique based on Freud's case of Little Hans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 131, pp.135–148.
420. Wood W., (2000). ATTITUDE CHANGE: Persuasion and Social Influence. *Annu. Rev. Psychol.*, 51, pp. 539–570
421. Woody, S.R., McLean C., and Klassen T., (2005). Disgust as a motivator of avoidance of spiders, *Anxiety Disorders*, 19, pp. 461–475
422. Yerkes R.M. & Donson J.D., (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative and Neurological Psychology*, 18, pp.459-482.
423. Zasler N.D., Martelli M.F. and Nicholson K. (2005). Chronic pain. In: J.M. Silver, T.W. McAllister, W. Thomas and S.C. Yudofsky, Editors, *Textbook of traumatic brain injury*, American Psychiatric Publishing, Inc, Washington DC, US, pp. 419–436.
424. Zhang Y.A., Yu C.L., Zhang J., Tang D., & Draguns G.J., (2001). Anthropophobia: Its Meaning And Concomitant Experience. *The International Journal of Social Psychiatry*, 47, (4), pp. 56-70.
425. Zuckerman D.M., Kasl S.V. and Ostfeld A.M., (1984). Psychosocial predictors of mortality among the elderly poor—the role of religion, well-being and social contacts. *American Journal of Epidemiology*, 119, (3), pp. 410–423.
426. Zvolensky M.J., Goodie, J.L., McNeil, D.W. Sperry J.A. and Sorell, J.T. (2001) Anxiety sensitivity in the prediction of pain-related fear and anxiety in a heterogeneous chronic pain population. *Behaviour Research and Therapy*, 39, pp. 683–696.
427. Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Feldner, M. T., & Feldner-Leen, E. (2003). Heart-focused anxiety, smoking, and chest pain in post-angiography medical patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 26, pp.197-209.
428. Askew, C., & Field, A. P. (2007). Vicarious learning and the development of fears in childhood. *Behaviour Research and Therapy*, 45, (11) pp.2616-2627.
429. Αγγελόπουλος, Ν. (1984). Το επίπεδο και η δομή της επιθετικότητας δύο νεανικών πληθυσμών. *Εγκέφαλος*, 21: 118-123.
430. Αγγελόπουλος, Ν., Οικονόμου, Μ., Απέργης, Ν. & Δαρδελάκου Ν. (1987). Άγχος και κατάθλιψη σε μια ομάδα μαθητών του Λυκείου. *Εγκέφαλος*, 24: 16-20.
431. Bernes J., (1995). *The Cambridge Companion to Aristotele*. Cambridge: Cambridge University Press.
432. Βάντσιος Χ., (2002). *Θέματα ποιμαντικής ψυχολογίας*. Θεσσαλονίκη, Εκδ. Αιβαζή, pp, 25-26.
433. Βιρβιδάκης Σ., (2006). Ο φόβος και οι Φιλόσοφοι. Πρακτικά συμposium «Ο Φόβος Στην Τέχνη Και Στην Ζωή». Μέτσοβο, 30 Ιουνίου-2 Ιουλίου, Ίδρυμα Αβέρωφ, pp. 24.
434. Γναρδέλλης, Χ. (2006). *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows*. Αθήνα, Εκδ. Παπαζήση.
435. Δαφέρμος, Β., (2005). *Κοινωνική Στατιστική με το SPSS*. Θεσσαλονίκη, Εκδ. ΖΗΤΗ.

436. Ελληνική Μυθολογία. (1986). Τόμος 2. *Οι Θεοί*. Εκδοτική Αθηνών, pp. 177.
437. Ζαφείρης, Α., Ζαφείρη, Ε. & Μουζακίτης, Χ. (1999). *Οικογενειακή Θεραπεία: θεωρία και πρακτικές εφαρμογές*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. Ρp. 73.
438. Ζέρβας Γ. & Μαρκίδης Μ., (2000). Διαταραχές φοβικού άγχους: Κλινική εικόνα και ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση. Στο: Σολδάτος Κ. (επιμ. Έκδοσης) *Αγχώδεις διαταραχές: Διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις*. Αθήνα, Ιατρική Εταιρία Αθηνών, ΡΡ. 7-27.
439. Ζερβής Χ., (2001). *Ψυχοπαθολογία του ενήλικα*. Αθήνα, Ηλεκτρονικές Τέχνες, pp.1-3.
440. Ιωαννίδης, Ι. Π.Α. (2000). *Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας*. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
441. Kirby K.C., Menzies R.G., Daniels A. B., and Smith L.S., (1995). Aetiology of spider phobia: classificatory differences between two origins instruments. *Behaviour Research and Therapy*,33, (8), pp.955-958.
442. Καντας Κ., (2005). *Ο φόβος και οι φοβίες, οι μάστιγες της Ζωής μας*. Αθήνα, ΠΕΛΑΣΓΟΣ, pp.9.
443. Κατσουγιαννόπουλος, Β.Χ. (1990). *Βασική Ιατρική Στατιστική*. Θεσσαλονίκη, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη.
444. Κοκκώση,Μ., Βασιλαματζής, Γ.,Αναγωστόπουλος, Φ., & Μαρκίδης, Μ. (1998). Το Ερωτηματολόγιο της Ναρκισσιστικής Προσωπικότητας NPI:Προσαρμογή και μελέτη των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του.*Ψυχιατρική*,9, pp.119-133.
445. Κοτταρίδη Α., (2006). Το πρόσωπο του φόβου, στο μύθο και στην τέχνη των αρχαίων Ελλήνων. Πρακτικά συμποσίου «*Ο Φόβος Στην Τέχνη Και Στην Ζωή*». Μέτσοβο, 30Ιουνίου-2 Ιουλίου, Ίδρυμα Αβέρωφ, pp.66-67.
446. Montogomery S., (2000). *Διαταραχή κοινωνικού άγχους και η χρήση των SSRI. Ιατρικό εγχειρίδιο* (Απόδοση στα ελληνικά: Σ. Γιαννακοδήμος, Επιμ. Ελληνικής έκδοσης:Δ.Δικαίος), Αθήνα, Βαγιονάκης.
447. Μάνος Ν., ( 1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη, University Studio Press, pp. 18, 252-256.
448. Μάτσα, Κ., (1997). *Ο Τοξικομανής κι η οικογένειά του: Χαρακτηριστικά, σχέσεις και δυναμικά του συστήματος*. Διδακτορική Διατριβή. Παν/μιο Ιωαννίνων - Τμήμα Ιατρικής.
449. Μπαμπινιώτης Γ., (2002). *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας* (2<sup>η</sup> έκδ). Αθήνα, Κέντρο Λεξικολογίας, pp, 1892.
450. Μπουλώτης Χ., ( 2006). Από τον τότε φόβο στην τωρινή απαλειψή του: Προσωπικές Καταθέσεις. Πρακτικά συμποσίου «*Ο Φόβος Στην Τέχνη Και Στην Ζωή*». Μέτσοβο, 30Ιουνίου-2 Ιουλίου, Ίδρυμα Αβέρωφ, pp.103-106.
451. Ντώνιας, Σ., Καραστεργίου, Α. & Μάνος, Ν. (1991). Στάθμιση της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, vol. 2, pp. 42-48.
452. Παπαδόπουλος Ν.Γ., (1994). *Το Λεξικό της Ψυχολογίας*. Αθήνα, Ιδιωτικές Εκδόσεις, pp,613.
453. Παπαϊωάννου, Τ., Φερεντίνος, Κ. (2000). *Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών*. Αθήνα, Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ", σελ., 275.

454. Παπανικολάου Κ., & Ρόβλια Τ., (1995). Θεωρία της πρόσδεσης: ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Στο: Γ. Μπουλουγούρης (Επιμ.) *Θέματα γνωσιακής και συμπεριφοριστικής θεραπείας*, Τόμος Β', Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, pp. 23-45.
455. Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1993). *Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας*. Τόμος Α'. Αθήνα.
456. Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1993). *Στατιστική - Επαγωγική Στατιστική*. Τόμος Β'. Αθήνα.
457. Πολυμέρου- Καμηλάκη Αι., & Καραμανές Ε., (2006). Φόβος: Αντιλήψεις, πρακτικές και αντικείμενα. Πρακτικά συμποσίου «Ο Φόβος Στην Τέχνη Και Στην Ζωή». Μέτσοβο, 30 Ιουνίου-2 Ιουλίου, Ίδρυμα Αβέρωφ, pp. 41- 47.
458. Ρούσσοις, Π. & Τσαούσης, Γ. (2006). *Στατιστική εφαρμοσμένη στις κοινωνικές επιστήμες*, Β' εκδ., Αθήνα. Ελληνικά Γράμματα.
459. Σταθοπουλος Ν., (2003). *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*. Αθήνα, Σαββάλας.
460. Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση Π. (2002). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, pp.93-94.
461. Τσαλικογλου Φ., (1999). *Ψυχολογία της καθημερινής ζωής: Η κουλτούρα του εφήμερου*. Αθήνα, Καστανιώτης, pp. 249.
462. Χατήρα Κ., (2002). *Πόνος: μια ψυχαναλυτική προσέγγιση*. Πανεπιστημιακές Σημειώσεις, τμήμα Ψυχολογίας, Παν. Κρήτης.